วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร 1
ศิริประภา ชูทอง ,วรางคณา จันทร์คง ,กิระพล กาละดี

การพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพโรงพยาบาลซำสูง อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น 11
ริญดา ธราลักษมี ,วรพจน์ พรหมสัตยพรต ,เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยกระบวนการจัดการความรู้ผ่านค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี 21
นฤมล หลักรัตน์

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัยอายุ 3–5 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการในชุมชนให้เข้าถึงบริการในรูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการ โรงพยาบาลเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี 31
นฤมล หลักรัตน์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนเทศบาล ตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 42
ธิดาพร คำภักดี ,ธันวา ใจเที่ยง ,จุฑามาศ เจียมสาธิต

การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจและการปฏิบัติด้านพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ของพยาบาลในโรงพยาบาลปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ 53
สุคลธร สุวรรณรังรอง ,ศิริรัตน์ ชูสกุลเกรียง และศุภชัย ศุภลักษณ์นารี

รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด 62
วิไลลักษณ์ ไชยมงคล ,ธีรวัฒน์ พงศ์ภาณุพัฒน์

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลหญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวาปีปทุม 72
วัศพล ทองสมบูรณ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา 82
ทัศนีย์ ตรีรัตนนุกูล ,ดวงมณี วิยะทัศน์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่น (Flexible Meal Planning) ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแหน 91
ทิพวรรณ นิยมสุข ,ดวงมณี วิยะทัศน์

ประสิทธิภาพของทักษะการโค้ชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนาโพธิ์ 99
เวฬุวัน อินทอง

การเปรียบเทียบความผิดปกติของรูปร่างเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ Dysmorphic ด้วยเครื่องตรวจปัสสาวะอัตโนมัติรุ่น UriSed 3 Pro กับวิธีมาตรฐานที่ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ 107
แสงดาว จงสุข

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพนักงานให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอยสังกัดเทศบาลเมืองท่าโขลง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 117
จิดาภา พรมโลก ,วัชราภรณ์ ฉุนแสนดี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะปากแห้งของผู้สูงอายุในประเทศไทย 126
วาสินี เกียรติอดิศร ,พิมพ์พิสุทธิ์ สะตะ ,นพวรรณ โพชนุกูล

การพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงท้องไม่พร้อมโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ 135
ดาวศิริ พิมพ์หล่อ

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝางจังหวัดขอนแก่น 143
อรวรรณ สังวาลย์ ,ลำไพ โพธิแลกุ

การบังคับใช้กฎหมายกัญชาและกัญชงในประเทศไทย: ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ 153
รสสุคนธ์ ธนธีระบรรจง ,ศิริรัตน์ ชูสกุลเกรียง

การสังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด : กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี 162
กิตติ บุญรัตนเนตร

ปัจจัยที่ส่งผลกับความเครียดของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย เทศบาลเมืองท่าโขลง จังหวัดปทุมธานี 171
พรรณธร อ่อนศรี และวัชราภรณ์ ฉุนแสนดี

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี 177
สุภาภรณ์ ตันตินันทตระกูล ,รัศมิ์ลภัส ใจยะสิทธิ์

โครงการขยายการพัฒนาเครือข่ายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกและเด็กป่วยใน 13 เขตบริการสุขภาพ: การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกและเด็กป่วย 186
ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ ,เบญจมาส ทัศนะสุภาพ ,หทัยทิพย์ โสมดำ

ผลของชุดสื่อดิจิทัลการโค้ชแบบโกรว์โมเดลต่อความรู้และทักษะในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 198
เสน่ห์ พุฒธิ ,ณัฐนันท์ วรสุข ,ชุติมา กางการ

ผลตรวจหามะเร็งในต่อมทอนซิลของผู้ป่วยที่ตัดต่อมทอนซิลจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังและต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง 207
สิทธา จิรกุลสมโชค

ความท้าทายในการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังของประเทศไทย 218
ปนัดดา จั่นผ่อง ,สิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรัง กรณีจังหวัดเชียงใหม่ 229
ปนัดดา จั่นผ่อง ,สิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด . 237
อัศราวุธ ใจหาญ ,วิภาดา ปาลศรี

การศึกษาต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด 250
อัศราวุธ ใจหาญ ,วิภาดา ปาลศรี ,กษวรรณ เทียมวงค์

การบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2569 262
สุภัสสรณ์ คงพร

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสู่ระยะสงบ จังหวัดสกลนคร 271
พูลสมบัติ ติงมหาอินทร์ ,นาคี สอนโพธิ์ ,พัชราภา ถนอมสมบัติ ,วิญญูพล ปรางค์ทอง

ความสัมพันธ์ระหว่างฤดูกาลและการสัมผัส PM 2.5 ต่ออาการกำเริบของเด็กโรคหืด ในโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา 280
กาญจนา ชยุติมาพันธ์

การประเมินผลรูปแบบการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากจังหวัดเชียงราย 290
กานต์สุดา อินทจักร์ ,รุจิรา แสนดี

ทุนทางวัฒนธรรมกับการพัฒนาการจัดการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ของชุมชนบ้านนาอ้อ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลย 301
โรจนันท์ ทรงอยู่

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรการแพทย์ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ 308
พัณณ์ชิตา สรนาทนิธิโรจน์

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ 316
สรัลพร พัฒนมงคล

การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร 325
ดาราภรณ์ บุญศรี ,ลัดดา กวานดา ,ณัฐกฤตา วงศ์ละคร

ปัจจัยสัมพันธ์ระหว่างความสุขกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม 336
ธนเมศวร์ แท่นคำ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน จังหวัดสุโขทัย 347
มณีสร ธิช่างทอง ,วฐู พรหมพิทยารัตน์

การพัฒนารูปแบบการลดอุบัติเหตุการจราจรทางถนนโดยผ่านระบบสุขภาพอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (DHS-RTI) อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 357
เปรมกุลชา ชั่งดี

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 367
ลัดดา อังศุวัชรากร

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร 378
พนารัตน์ เฒ่าอุดม ,พีรภรณ์ โสมี ,ณัฐกฤตา วงศ์ละคร

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง และประสบการณ์ที่ได้รับของอาจารย์และนักศึกษาที่มีต่อกระบวนการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ 387
อาภากร เปรี้ยวนิ่ม ,ศิริพรรณ บุดดา ,สุธิดา ประมูล ,ชุติมณฑน์ มีมาก ,ปพิชญา สุพรรณ์

ประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน LINE ในการส่งเสริมความร่วมมือของหญิงตั้งครรภ์เพื่อรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก: การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม 396
ศิริธัญญ์ ตัญบุญยกิจ ,จิราภรณ์ สุขเกษม

โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุบ้านสันติสุข ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ 405
วารี นันทสิงห์ ,จุฑามาศ แก้วจันดี

การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 416
ณัทณพงศ์ พีรภัคพงศ์ ,หคัทคนา บำรุงสุข

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลพนมสารคามจังหวัดฉะเชิงเทรา 434
ดวงมณี วิยะทัศน์ ,จริญญา จริยภิญโญ ,อมรเทพ จันทร์เจริญ

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) 443
ชัชนันท์ ดียิ่ง ,จิราภรณ์ ฉลานุวัฒน์ ,กรรณิกา ยะหัตตะ ,วิทยา ประทุมทอง

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี 454
ฉัตรชัย เอ็งอุทัยวัฒน์

การพัฒนาและการประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงหลักฐานในการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยนอนติดเตียง 464
จิรวรรณ ชาประดิษฐ์ ,ศรีสุดา เสริมกล้า

การประเมิน KAP ของผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับพื้นที่ในประเทศไทย: ช่องว่างเชิงปฏิบัติและข้อเสนอเชิงระบบ 474
ปิยดา อังศุวัชรากร ,ชนินันท์ สนธิไชย ,อณิสตา มาลินี ,ยงเจือ เหล่าศิริถาวร

การพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี 482
จุฑารัตน์ เรืองชุม ,กุลวดี อภิชาติบุตร ,อรอนงค์ วิชัยคำ

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหาดเล็ก 492
เอมอร ศิริวาร ,สุวภา เกตุปลั่ง ,ธิดารัตน์ ธรรมชาติ

การปนเปื้อนไมโครพลาสติกในถุงชาที่วางจำหน่ายในประเทศไทย 506
นิตยา รัตนประภากร ,มาศ ไม้ประเสริฐ

ประสิทธิผลของการใช้ไก่ดำสเปรย์ร่วมกับการให้ความรู้ต่ออาการปวดเข่าของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม 516
บุญนำพา สมบัติ ,วันรัฐ ตั้งกิจวานิชย์ ,วันเพ็ญ บินตะคุ

ความชุกและลักษณะของ Masked Hypertension และ White Coat Hypertension จากการวัดความดันโลหิตที่ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs เปรียบเทียบกับสถานพยาบาล: การศึกษาแบบตัดขวางในกลุ่มเสี่ยง 528
นนทนันท์ ธุนันทา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี 538
กรองแก้ว บุญคูณ

ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้สูงอายุอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 547
ยุภาพร ยะอูป

การพัฒนาแอพพลิเคชั่นพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด NCDs ของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ 558
นิสา ครุฑจันทร์ ,ดารารัตน์ อยู่เจริญ ,รุ้งลาวัณย์ แก่นอาสา ,รวินทร์นิภา สะอิ้ง

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น 569
สุพรรษา จิตรสม ,สุพัตรา เชาว์ไวย และชญานิศ ศรีรักษา

การค้นหาอาการที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้เครื่องมือส่งสัญญาณที่พัฒนาขึ้นสำหรับสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 578
สมจิตร์ พาเจริญ ,สุชาดา ขนานแข็ง ,ยุวพรรณ อนุวงศ์นวรัตน์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม .. 591
เกษศิรินทร์ ประทุมเศษ

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกระดูกหน้าแข้งหักจากมะเร็งปอดแพร่กระจาย: กรณีศึกษา 598
ธารีรัตน์ วรากรกุล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ ภายหลังการผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม โรงพยาบาลสงขลา 606
สรวีย์ ธิติเลิศ

ดัชนีไกลเคชั่นของฮีโมโกลบิน(Hemoglobin Glycation Index) : ความชุกและปัจจัยเสี่ยงในการทำนายการเกิดโรคไตเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลระยอง 617
ปิยะเรข ปภิรัชนาท

ความสามารถในการวินิจฉัยอัตราส่วนของนิวโทรฟิลต่อลิมโฟซัยท์ และอัตราส่วนเกล็ดเลือดต่อลิมโฟซัยท์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด โรงพยาบาลระยอง 626
ภัทร ชุติมานุกูล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในการเจ็บป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา ... 634
ทัศน์วรรณ ชาลีวรรณ

การพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วม มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา 647
ภัชชนก รัตนกรปรีดา ,เยาวลักษณ์ เตี้ยนวน ,บุญเรือง ขาวนวล

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโกในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วย เบาหวานกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี 661
รัติยากร เจริญท้าว ,อารี บุตรสอน

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร 670
วิมลวรรณ แก้วคำแสน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก 678
สงน บุญญะ

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง 689
ยุรฉัตร์ สวัสดี ,กนก พานทอง ,ยุทธนา จันทะขิน

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชา 700
วรรณพร พงษ์ไกรกิตติ ,พูลพงศ์ สุขสว่าง ,ยุทธนา จันทะขิน

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 715
สุภาพรรณ วงศ์เสาร์

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคต้อกระจกที่มีภาวะโรคร่วมเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาเทียม โรงพยาบาลพัฒนานิคม : กรณีศึกษา 729
จารุนีย์ โฉมบุตร

การพัฒนารูปแบบเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบเพื่อปรับปรุงการสอบสวนควบคุมโรคแอนแทรกซ์ของหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อที่ถ่ายโอนภารกิจ ในพื้นที่ชายแดนเขตสุขภาพที่ 10 พ.ศ.2568 736
ชัยนันต์ บุตรกาล สำรวย ศรศรี

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร 747
มยุรี นุ้ยมาก

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง และการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในผู้ป่วยกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดแผลจัดกระดูกและยึดตรึงด้วยโลหะในโรงพยาบาลพิมาย 763
สุรีย์รัตน์ พูพิมาย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง 773
สุวิมล สนั่นชาติวณิช ,บุบผา บุญญามณี ,มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์

ประสิทธิผลของการบริโภคเครื่องดื่มปลีกล้วยผสมขิงสำเร็จรูปต่อการเพิ่มน้ำนมในมารดาหลังคลอดและการลดภาวะโคลิกในทารก: การศึกษาเชิงทดลองในชุมชน 785
เพ็ชรัตน์ เตชาทวีวรรณ ,พงศ์สุวรรณ สมาแฮ

การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ 792
ประวัติ พลแสน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลสองพี่น้อง 802
สุดใจ บุญก่อเกื้อ

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง กรณีศึกษา 2 ราย 815
มะลิวัลย์ ถิตย์สุวรรณ

ผลของโปรแกรมการควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (บ้านนาโพธิ์) เทศบาลเมืองหนองคาย 827
กัลยาณี ปุณขันธุ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี 838
กัณฐิกา พานิชผล ,มณิสรา บุญจริง ,ศุภาวรรณ ศรีวะลา ,กมล อาจดี

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อดื้อยาหลายขนานในระบบทางเดินปัสสาวะ : กรณีศึกษา 2 ราย 852
ชนิฎา สายเสมา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2567 859
ณัฐพล ลาวจันทร์ ,อัฐสิมา มาศโอสถ ,อภิญญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์

การหาปริมาณ rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว ด้วยวิธี Ultra-High Performance Liquid Chromatography 872
สิริชัย กระบี่ศรี ,ยาบารียะห์ สะมาแห ,กรวิกา จารุพันธ์ ,ศิริวรรณ ชัยสมบูรณ์พันธ์

ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร 883
ฐิตา สารเสนา

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน กรณีศึกษา 2 ราย 889
กรชนก ภูจอมนิล

ผลของโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยตนเองต่อระดับอาการชาเท้า ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาการทรงตัว ตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยนาท 900
ศศิมา วัฒนา ,พิมพ์นภา ชมชื่น ,วรรณจารี สันติจารี

การพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ห้องคลอดโรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม 908
ธัญรัตน์ มณีปกร

การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลการให้บริการการแพทย์ทางไกล และการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย 915
ศุภชัย บุญมี ,นพรัตน์ เสนาฮาด ,สุรชัย พิมหา ,ชุลีกร ทาทอง ,โสภิดา เติมสายทอง

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโคกตูม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 929
มนัสกิตติ์ ลีประโคน

ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการโดยความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ร่วมกับการติดตามผ่านโปรแกรม e - Nonghan Care อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี 939
สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์ ,พรพิมล มัฆนาโส

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบเพื่อการบรรลุโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร จังหวัดอุดรธานี 952
สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์ ,พรพิมล มัฆนาโส

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่พหุวัฒนธรรม อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน 964
อินทิรา ปุณเวช ,ศิวาพร มหาทำนุโชค

การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี 973
ปิยะพร โชคเหรียญสุขชัย ,สุรัตน์ อนันทสุข

แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1, 2 โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (CG) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียน อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 986
รัชนีย์ จันทำ

ความชุกและโมเดลการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ : การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง 996
นิธิศ ธานี ,ถนอม นามวงศ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในชุมชน : กรณีศึกษา 1006
นันทนี รัตนกิจศร

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกุลา อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ 1013
บุญเลิศ อินทร์งาม

การพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ 1023
ปริญญา กองกาย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดีร่วมกับท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันและตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน : กรณีศึกษา 1030
อัญชลี วงศ์สามารถ

การพัฒนาโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวม ในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพังโคน 1036
อรอนงค์ หอมกระจาย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care)โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเมือง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 1047
ธีระ วาลีประโคน

การพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ในผู้ป่วยระยะประคับประคอง โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น 1058
กฤษณา คุณชื่น ,พิมลวรรณ กัมปนานุรักษ์

แนวทางการพัฒนาตลาดสีเขียวเชิงสร้างสรรค์ จังหวัดปทุมธานี 1067
พีรยา ทองเครือ ,สุนทรี จีนธรรม ,พรนภา เตียสุธิกุล และประวรดา โภชนจันทร์

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลังโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 1078
จุไรรัตน์ สัจจมงคล ,อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์ ,เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับแลคเตทในเลือดกับการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 1088
กฤชสิริ จีระศิริ

การศึกษาการเกิดพิษของยา Methotrexate ในระยะเวลา 10 ปี ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 1099
เขมนิจภรณ์ เอื้อวิทยาศุภร

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดปทุมธานี 1109
ปิยะพร โชคเหรียญสุขชัย ,รณพงศ์ ไทยแท้

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีสในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลพนมสารคาม 1122
ณัฐธิดา จิตพิทยานุภาพ ,ดวงมณี วิยะทัศน์

การพัฒนารูปแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดลพบุรี .. 1130
กมลวรรณ ชาติทองคำ ,สุเทพ พลอยพลายแก้ว ,ธีรยุทธ ปานพรหม

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ระบาดวิทยาของการติดเชื้อ Streptococci ชนิดรุกล้ำ ในช่วงก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดนครพนม กรณีติดเชื้อ S.agalactiae และ S.pneumoniae 1148
พิรัช ธงวิชัย ,บารเมษฐ์ ภิราล้ำ ,อนุศักดิ์ เกิดสิน

ผลการกลั่นกรองและกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบโดยชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพ กรณีศึกษาโครงการโรงแยกก๊าซและท่อส่งก๊าซธรรมชาติไทย – มาเลเซีย อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา 1159
ไบตุลมาลย์ อาแด ,เพ็ญ สุขมาก ,พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ ,ซูวารี มอซู ,อิสรา มิตรช่วยรอด

การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ 1170
เตือนใจ แสร์สินธุ์ ,อารี บุตรสอน ,นพดล พิมพ์จันทร์

ผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม 1183
ปาริฉัตร จันทร์ดำ ,สุภาภรณ์ บุญยานาม

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวกดทับเส้นประสาทและยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 1195
นันทพร ภาวะบุตร

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองชนิด Meningioma โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 1206
วรรณวิมล ทุมมี

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 1218
ปาณิสรา โกษารักษ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง 1230
ศิรินทร์ทิพย์ ทองศักดิ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ 1240
พัชราภรณ์ จันทร์ลุน

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ 1247
อนิรุธ จันทพาส ,รจนา ศรีเล็ก ,กฤษฎา เหล็กเพชร ,ดวงใจ พุทธเษม

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านหมี่ 1257
รังสิมา ศรีสุพรรณ ,มณีกานต์ บัวนวล

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูงวิกฤตร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 1267
นฤมล สินบริสุทธิ์

ผลของการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย 1282
จันทนา เชื้อผู้ดี

ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการในผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านและโรงพยาบาล โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ 1297
ฝนทิพย์ แววนำ

การพัฒนาโมเดลการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตแบบครบวงจร โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด 1305
อรวรรณ โอฆะพนม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน : กรณีศึกษา 2 ราย 1315
ฉวีวรรณ มงคลชู

ประสิทธิผลการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง 1327
เชิดพงศ์ เชิญกลาง

การศึกษาผลของการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าโรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 1334
ปพิชญา บุญรังศรี

ประสิทธิผลของการให้ทันตสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคฟันผุผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง 1342
นภาศิรินทร์ แท่นเกิด ,วชิรา วงศ์แหวน ,สุขุมาภรณ์ ศรีวิศิษฐ ,ขวัญจิรา บุญเดช ,ณัฐวรรณ ปานดำ ,พชรพร สุนทรเต็ม

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาระบบบริหารจัดการยาแบบบูรณาการเพื่อคงคุณภาพยาและลดยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลขอนแก่น 1350
พิรานันท์ มุสิกวัน ,ถาวร สีดาเหลือง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดโดยใช้รูปแบบนาคาล้อมรักษ์ร่วมกับชุมชนภาคีเครือข่ายอำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ 1360
พัชราภรณ์ จันทร์ลุน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรมเขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา 1367
ณัฏฐิกา แซ่แต้ ,สุภิรัชต์ นิธิสุทธ์ ,ศิวพร ไชยหมาน

การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี 1378
ธงชัย ทองบู่ ,เขมวิทย์ วงษ์เจริญสุข ,กิตติยา วิเวก

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 1391
อรรคเดช อัครเศรษฐัง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดน่าน 1405
ประดับ เพ็ชรจรูญ

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเจเนอเรทีฟเอไอต่อองค์ประกอบของร่างกายและพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรมหาวิทยาลัย 1415
วิชุดา ศรีวงษ์กลาง ,ศิรดา บุญสิทธิ์ .ชวลิต โควีระวงศ์

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว 1425
มนัสนันท์ แสนกล้า

การดำรงชีวิตกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยในชุมชน: การสังเคราะห์เชิงอภิมานของงานวิจัย เชิงคุณภาพ 1434
ดลรวี สิมคำ

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย 1442
พิมลรัตน์ ชื่นบาน ,ยุทธนา แยบคาย

การศึกษาประสิทธิผลของโรงเรียนเบาหวานวิทยาต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คปสอ.ประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 1457
ภัคจิรา ศรีงาน

ปัจจัยทำนายการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลพนมสารคาม 1466
ธัชพันธ์ เรืองโรจน์ ,ณัฐธิดา จิตพิทยานุ ,ดวงมณี วิยะทัศน์

ผลของการใช้นวัตกรรม DelCare Package ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันตามหลักฐานเชิงประจักษ์ : ศึกษากรณี 1475
เย็นจิตต์ พิพัฒน์พงษ์ ,พิเชษฐ เรืองสุขสุด ,นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกำกับอารมณ์ต่อความสามารถด้านอารมณ์และสังคมของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4–6 จากครอบครัวหย่าร้างในโรงเรียนประถมศึกษาของรัฐ จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย 1488
ธนะรัชต์ งอบโพธิ์ ,พรพิมล พรมนัส ,ขจรอรรถพณ พงศ์วิริทธิ์ธร

ปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จในการใช้คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงในโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป 1498
วีร์ เมฆวิลัย ,พาสนา คุณาธิวัฒน์ ,บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกำไรต่อหุ้นของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย : กรณีศึกษากลุ่มอุตสาหกรรมธุรกิจการเงินและอุตสาหกรรมบริการด้านการพาณิชย์ และการแพทย์ .. 1510
จิรพงษ์ จันทร์งาม

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร ศึกษากรณี แนวทางการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ 1517
สุรศักดิ์ หงษ์เวียงจันทร์ ,ศิรภัสสร มูลสาร[1]

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

แนวทางการสร้างแรงจูงใจในการทำวิจัยสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร 1526
ศราวุธ ทองเฟื่อง

การศึกษาและพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ กระทรวงสาธารณสุข ... 1531
อัจฉรา เชียงทอง ,จีรนันท์ บรรทัด ,สุกัญญา ฉายาชวลิต

การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย จังหวัดมุกดาหาร ปี 2568 1547
ธัญพิชชญา ติณณ์ธนหิรัญ ,ศิรภัสสร มูลสาร

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 41 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ มกราคม – มีนาคม 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน การบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยกระบวนการจัดการความรู้ผ่านค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัยอายุ 3–5 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการ พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ระดับความเข้าใจและการปฏิบัติด้านพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลหญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่น (Flexible Meal Planning) การเปลี่ยนแปลงของการโค้ชตาม GROW Model ต่อการทำงานเป็นทีม ความผิดปกติของรูปร่างเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ Dysmorphic ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพนักงานให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอย ภาวะปากแห้งของผู้สูงอายุ การให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงท้องไม่พร้อม การเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา กฎหมายกัญชาและกัญชงในประเทศไทย ระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลกับความเครียดของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ การพัฒนาเครือข่ายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกและเด็กป่วย สื่อดิจิทัลการโค้ชแบบโกรว์โมเดลต่อความรู้และทักษะในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลตรวจหามะเร็งในต่อมทอนซิลของผู้ป่วยที่ตัดต่อมทอนซิลจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก แอปพลิเคชัน LINE ในการส่งเสริมความร่วมมือของหญิงตั้งครรภ์เพื่อรักษาภาวะโลหิตจาง แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) การดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด NCDs ของนักศึกษาพยาบาล การค้นหาอาการที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้เครื่องมือส่งสัญญาณ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกระดูกหน้าแข้งหักจากมะเร็งปอดแพร่กระจาย ดัชนีไกลเคชั่นของฮีโมโกลบิน(Hemoglobin Glycation Index) การวินิจฉัยอัตราส่วนของนิวโทรฟิลต่อลิมโฟซัยท์ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในการเจ็บป่วยระยะกลาง การพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนน โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา พฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย การหาปริมาณ rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว การบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026

Part I

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026
Part 1

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร 1
ศิริประภา ชูทอง ,วรางคณา จันทร์คง ,กิระพล กาละดี

การพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพโรงพยาบาลซำสูง อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น 11
ริญดา ธราลักษมี ,วรพจน์ พรหมสัตยพรต ,เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยกระบวนการจัดการความรู้ผ่านค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี 21
นฤมล หลักรัตน์

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัยอายุ 3–5 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการในชุมชนให้เข้าถึงบริการในรูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการ โรงพยาบาลเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี 31
นฤมล หลักรัตน์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนเทศบาล ตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ 42
ธิดาพร คำภักดี ,ธันวา ใจเที่ยง ,จุฑามาศ เจียมสาธิต

การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจและการปฏิบัติด้านพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ของพยาบาลในโรงพยาบาลปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ 53
สุคลธร สุวรรณรังรอง ,ศิริรัตน์ ชูสกุลเกรียง และศุภชัย ศุภลักษณ์นารี

รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด 62
วิไลลักษณ์ ไชยมงคล ,ธีรวัฒน์ พงศ์ภาณุพัฒน์

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลหญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวาปีปทุม 72
วัศพล ทองสมบูรณ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา 82
ทัศนีย์ ตรีรัตนนุกูล ,ดวงมณี วิยะทัศน์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่น (Flexible Meal Planning) ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแหน 91
ทิพวรรณ นิยมสุข ,ดวงมณี วิยะทัศน์

ประสิทธิภาพของทักษะการโค้ชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนาโพธิ์ 99
เวฬุวัน อินทอง

การเปรียบเทียบความผิดปกติของรูปร่างเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ Dysmorphic ด้วยเครื่องตรวจปัสสาวะอัตโนมัติรุ่น UriSed 3 Pro กับวิธีมาตรฐานที่ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ 107
แสงดาว จงสุข

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพนักงานให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอยสังกัดเทศบาลเมืองท่าโขลง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 117
จิดาภา พรมโลก ,วัชราภรณ์ ฉุนแสนดี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะปากแห้งของผู้สูงอายุในประเทศไทย 126
วาสินี เกียรติอดิศร ,พิมพ์พิสุทธิ์ สะตะ ,นพวรรณ โพชนุกูล

การพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงท้องไม่พร้อมโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ 135
ดาวศิริ พิมพ์หล่อ

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝางจังหวัดขอนแก่น 143
อรวรรณ สังวาลย์ ,ลำไพ โพธิแลกุ

การบังคับใช้กฎหมายกัญชาและกัญชงในประเทศไทย: ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ 153
รสสุคนธ์ ธนธีระบรรจง ,ศิริรัตน์ ชูสกุลเกรียง

การสังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด : กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี 162
กิตติ บุญรัตนเนตร

ปัจจัยที่ส่งผลกับความเครียดของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย เทศบาลเมืองท่าโขลง จังหวัดปทุมธานี 171
พรรณธร อ่อนศรี และวัชราภรณ์ ฉุนแสนดี

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026
Part 1

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี 177
สุภาภรณ์ ตันตินันทตระกูล ,รัศมิ์ลภัส ใจยะสิทธิ์

โครงการขยายการพัฒนาเครือข่ายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกและเด็กป่วยใน 13 เขตบริการสุขภาพ: การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกและเด็กป่วย 186
ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ ,เบญจมาส ทัศนะสุภาพ ,หทัยทิพย์ โสมดำ

ผลของชุดสื่อดิจิทัลการโค้ชแบบโกรว์โมเดลต่อความรู้และทักษะในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 198
เสน่ห์ พุฒธิ ,ณัฐนันท์ วรสุข ,ชุติมา กางการ

ผลตรวจหามะเร็งในต่อมทอนซิลของผู้ป่วยที่ตัดต่อมทอนซิลจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังและต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง 207
สิทธา จิรกุลสมโชค

ความท้าทายในการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังของประเทศไทย 218
ปนัดดา จั่นผ่อง ,สิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรัง กรณีจังหวัดเชียงใหม่ 229
ปนัดดา จั่นผ่อง ,สิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด . 237
อัศราวุธ ใจหาญ ,วิภาดา ปาลศรี

การศึกษาต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด 250
อัศราวุธ ใจหาญ ,วิภาดา ปาลศรี ,กษวรรณ เทียมวงค์

การบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2569 262
สุภัสสรณ์ คงพร

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสู่ระยะสงบ จังหวัดสกลนคร 271
พูลสมบัติ ติงมหาอินทร์ ,นาคี สอนโพธิ์ ,พัชราภา ถนอมสมบัติ ,วิญญูพล ปรางค์ทอง

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 41 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ มกราคม – มีนาคม 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน การบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยกระบวนการจัดการความรู้ผ่านค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัยอายุ 3–5 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการ พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ระดับความเข้าใจและการปฏิบัติด้านพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลหญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่น (Flexible Meal Planning) การเปลี่ยนแปลงของการโค้ชตาม GROW Model ต่อการทำงานเป็นทีม ความผิดปกติของรูปร่างเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ Dysmorphic ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพนักงานให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอย ภาวะปากแห้งของผู้สูงอายุ การให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงท้องไม่พร้อม การเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา กฎหมายกัญชาและกัญชงในประเทศไทย ระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลกับความเครียดของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ การพัฒนาเครือข่ายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกและเด็กป่วย สื่อดิจิทัลการโค้ชแบบโกรว์โมเดลต่อความรู้และทักษะในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลตรวจหามะเร็งในต่อมทอนซิลของผู้ป่วยที่ตัดต่อมทอนซิลจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก แอปพลิเคชัน LINE ในการส่งเสริมความร่วมมือของหญิงตั้งครรภ์เพื่อรักษาภาวะโลหิตจาง แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) การดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด NCDs ของนักศึกษาพยาบาล การค้นหาอาการที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้เครื่องมือส่งสัญญาณ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกระดูกหน้าแข้งหักจากมะเร็งปอดแพร่กระจาย ดัชนีไกลเคชั่นของฮีโมโกลบิน(Hemoglobin Glycation Index) การวินิจฉัยอัตราส่วนของนิวโทรฟิลต่อลิมโฟซัยท์ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในการเจ็บป่วยระยะกลาง การพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนน โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา พฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย การหาปริมาณ rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว การบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร

Factors Affecting to Oral Health Care Behaviors Among the Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Ban Na Sub-district, Wachirabarami District, Phichit Province

(Received: January 6,2026 ; Revised: January 14,2026 ; Accepted: January 17,2026)

ศิริประภา ชูทอง[1] วรางคณา จันทร์คง[2] กิระพล กาละดี[2]
Siriprapa Choothong[1] Warangkana Chankong[2] Kiraphol Kaladee[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม (2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และ (3) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร จำนวน 811 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 184 คน ได้มาจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีทราบขนาดประชากร เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่มีค่าความตรงของเนื้อหา มีค่าอยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 และได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 โดยข้อคำถามความรู้ได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.71 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 58.29 ปี ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา อาชีพหลักส่วนใหญ่คือ ไม่ได้ทำงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ คือ ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย ร้อยละ 8.81 ปี มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง (2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง และ (3) แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปากและอายุ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร ได้ร้อยละ 47.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรค

Abstract

The objectives of this research were to explore: (1) personal factors, leading factors, enabling factors, and reinforcing factors; (2) oral health care behaviors; and (3) factors affecting oral health care behaviors among the type 2 diabetes mellitus patients in Ban Na sub-district, Wachirabarami district, Phichit province. This survey research by cross-sectional study was conducted on a sample of 184 participants selected from 811 type 2 diabetic patients in Ban Na Subdistrict, Wachirabarami District, Phichit Province. The research tool was a questionnaire with a content validity value between 0.60 and 1.00 and a reliability score of 0.72. The knowledge-related questions yielded a KR-20 score of 0.71. The data were analyzed to determine frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression statistics.

The results showed that among the participants: (1) most of them were females with an average age of 58.29 years who completed primary school, and most of the main occupations were unemployed. The average monthly income was mostly less than or equal to 5,000 baht. The average duration of diabetes was 8.81 years. The level of knowledge was high, belief was moderate, access to oral health care services was

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2] สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

moderate, and social support was also high. Additionally, (2) oral health care behavior was at a high level; and (3) social support, perceived barriers to oral health care, and age together explained 47.60% of the variance in the oral health care behaviors of type 2 diabetes patients in Ban Na Subdistrict, Wachirabarami District, Phichit Province, with a significance level of 0.05.

Keyword: Oral care behavior, Type 2 diabetes patients, Social support, Perceived barriers

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ร่างกายมีภาวะน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งเป็นผลจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้เพียงพอ หรือสร้างไม่ได้ หรือสร้างได้แต่อินซูลินทำงานได้ไม่ดี ทำให้เซลล์ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลจากกระแสเลือดไปใช้เป็นพลังงานได้ ส่งผลให้มีน้ำตาลในเลือดเหลือค้างมากกว่าปกติ เมื่อน้ำตาลอยู่ในกระแสเลือดสูงเกิน ไตจะขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะ[1] ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน[2] ภาวะแทรกซ้อนในช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานพบได้ในผู้ป่วยเบาหวาน โดยส่วนใหญ่มักจะไม่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายในช่องปาก รวมถึงการเปลี่ยนแปลงอัตราการไหลของน้ำลาย การเพิ่มอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ การมีกลุ่มอาการแสบร้อนในช่องปาก แผลหายช้าเพิ่มความชุกและความรุนแรงของการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ อาการปากแห้ง และต่อมน้ำลายพาโรติดโต นอกจากนี้ยังมีรายงานถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายในช่องปากที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเบาหวานรวมถึงการสูญเสียฟัน การเกิดโรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์อักเสบ และโรคของเนื้อเยื่ออ่อนภายในช่องปาก เพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[3] โดยเฉพาะโรคปริทันต์อักเสบที่จัดเป็นภาวะแทรกซ้อนลำดับที่ 6 ของโรคเบาหวาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเป็นโรค และความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[4]

จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566 ปัญหาหลักที่พบคือการสูญเสียฟัน ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการสูญเสียฟันในอนาคต มีเหงือกอักเสบร่วมกับมีหินน้ำลาย มีการอักเสบและการทำลายของอวัยวะปริทันต์ที่อยู่รอบรากฟันจนทำให้เกิดร่องลึกปริทันต์ ซึ่งนอกจากจะเสี่ยงต่อการอักเสบ ปวดบวม ติดเชื้อ และสูญเสียฟันแล้ว ยังสัมพันธ์กับความรุนแรงของเบาหวานด้วย[5]

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยในโรคเบาหวาน 3 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 –2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและจากการสำรวจความชุกของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดพบว่า อำเภอวชิรบารมี มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด เมื่อสำรวจรายตำบลพบว่า ตำบลบ้านนามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด โดยมีอัตราป่วยเบาหวานเท่ากับ 749.17 ต่อแสนประชากร[6] สถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นโรคปริทันต์ มีการสูญเสียฟัน โดยเฉลี่ยมากกว่า 10 ซี่ต่อคน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีฟันเหลืออยู่ในช่องปากไม่ถึงครึ่งหนึ่ง และเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียฟัน จากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ทราบว่าโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก จึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพช่องปาก

เท่าที่ควร และจะมาพบทันตบุคลากรเมื่อมีอาการปวดฟันหรือมีฟันโยกที่ต้องถอนเท่านั้น

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา ยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปณิตา ครองยุทธ และคณะ[7]และธนาคม เสนา[8] หากผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวาน จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากพบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแนวคิดของกรีนและคณะกล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย โดยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยทางความคิดและความเชื่อของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ มาศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก ร่วมกับ PRECEDE framework โดยการนำความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคในช่องปาก การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก และการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคในช่องปาก มาใส่ในปัจจัยนำ การทำวิจัยในครั้งนี้จะกล่าวถึงการใช้แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED ในส่วน PRECEDE MODEL เนื่องจากงานวิจัยเป็นทางด้านสุขภาพช่องปาก เป็นการศึกษาระดับบุคคล เพื่อค้นหาปัจจัย สาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เท่านั้น โดยประกอบด้วย 4 ปัจจัยหลักคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพของทันตบุคลากรให้กับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคในช่องปาก และให้ผู้ป่วยเบาหวานตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร ซึ่งมีทั้งหมด 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลวชิรบารมี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองสะเดา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา จำนวน 811 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร ขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีทราบขนาดของประชากร[9] จำนวน 184 คน โดยดำเนินการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Without Replacement) ตามสัดส่วนของตัวอย่างประชากรแต่ละสถานพยาบาล

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและหญิงและรับบริการที่ตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร 2) ไม่มีปัญหาทางการได้ยินและสามารถอ่านออกเขียนได้ดี 3) เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ยินดีให้ความร่วมมือตลอดเวลาในการศึกษา เกณฑ์คัดออกคือ 1) ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ภาวะติดเชื้อรุนแรง ได้รับการผ่าตัด ภาวการณ์เจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล 2) ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 3) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาทางจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ คำตอบที่ถูกต้อง = 1 คะแนน คำตอบที่ไม่ถูกต้อง = 0 คะแนน ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 4 ข้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคในช่องปาก จำนวน 3 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 3 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคในช่องปาก จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ แบบสอบถามการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 7 ข้อ

โดยในส่วนแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก แบบสอบถามการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก คำตอบเป็นการให้คะแนน 5 ระดับ ให้เลือกตอบตามความคิดเห็นของตนเองดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 เห็นด้วย = 4 ไม่แน่ใจ = 3 ไม่เห็นด้วย = 2 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ อสม. จำนวน 6 ข้อ คำตอบเป็นการให้คะแนน 5 ระดับ ให้เลือกตอบตามความถี่ดังนี้ เป็นประจำ = 5 บ่อยครั้ง = 4 บางครั้ง = 3 นานๆครั้ง = 2 ไม่เคยเลย = 1

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 12 ข้อ คำตอบเป็นการให้ตามความถี่ในการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน)และปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ข้อคำถามเชิงลบ ไม่เคยปฏิบัติเลย (5 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2 คะแนน) และปฏิบัติเป็นประจำ (1 คะแนน)

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ ช่วงคะแนน 1.00 - 1.80 หมายถึง ระดับต่ำมาก 1.81 – 2.60 หมายถึง ระดับต่ำ 2.61 – 3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.41 – 4.20 หมายถึง ระดับสูง 4.21 – 5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก แบบสอบถามการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ผลการตรวจสอบเชิงเนื้อหามีค่าเฉลี่ยดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-object congruence; IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s alpha co efficient) เท่ากับ 0.72

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ด้วยเลขที่โครงการวิจัย 25/2567

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.7 อายุเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 58.29 ปี โดยช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี มีมากที่สุด ร้อยละ 34.20 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 23.40 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.90 รองลงมาคือจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 10.90 อาชีพหลักส่วนใหญ่คือ ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 26.10 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 25.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ คือ ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 68.50 รองลงมาคือ 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 23.90 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย ร้อยละ 8.81 ปี

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 50.00 ดังตารางที่ 1 และมีความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 โดยแบ่งเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.61 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.37 การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 36.96 และการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคในช่องปาก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.72

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.78

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 30.44

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนาอำเภอ วชิรบารมี จังหวัดพิจิตร จากการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.02

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก และอายุ โดยร่วมกันทำนายตัวแปรตามได้ร้อยละ 47.6 (Adjusted R^2 = 0.476) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถเขียนสมการพยากรณ์ได้ดังต่อไปนี้

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3$$

โดยที่ Y = พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

β_0 = ค่าคงที่

β_1 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางสังคม

X_1 = แรงสนับสนุนทางสังคม

β_2 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก

X_2 = การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก

β_3 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของอายุ

X_3 = อายุ

เมื่อแทนค่าในสมการจะได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 = 24.550 + 0.672(แรงสนับสนุนทางสังคม) + 1.196(การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก) - 0.136(อายุ)

จากสมการสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะเพิ่มขึ้น 0.672 หน่วย (β = 0.672) เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการมีค่าคงที่ และในขณะเดียวกันหากการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะเพิ่มขึ้น 1.196 หน่วย (β = 1.196) เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการมีค่าคงที่ และหากอายุเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะลดลง 0.136 หน่วย (β = -0.136) เมื่อตัวแปรอื่นที่เข้าสมการมีค่าคงที่ ส่วน เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรง และการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปากไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร

ตัวแปรพยากรณ์	β	Std. Error	beta	t	p-value
ค่าคงที่ (constant)	24.550	3.103		7.910	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.672	0.085	0.431	7.914	<0.001
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก	1.196	0.163	0.399	7.325	<0.001
อายุ	-0.136	0.032	-0.226	-4.208	<0.001
$R = 0.696$, $R^2 = 0.485$, Adjusted $R^2 = 0.476$					

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร สามารถอภิปรายผลแต่ละประเด็นได้ดังนี้

1. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร

ปัจจัยนำ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง อาจเป็นเพราะว่า ได้รับความรู้จากทันตบุคลากรเป็นประจำ ในช่วงที่ไปหาหมอเพื่อรับยาโรคเรื้อรัง ทำให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมฤดี ศรีสังข์ และคณะ[10] พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก และศรันย์ บุญสร้าง [11] พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ

ทันตสุขภาพ อยู่ในระดับสูง แตกต่างจากการศึกษาสุธาทิพย์ วังคีรี[12] พบว่า ส่วนมากมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

ความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำ ได้รับรู้ประโยชน์ และเมื่อปฏิบัติแล้วจะช่วยลดความรุนแรงหรือความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก การตระหนักถึงผลเสียต่อการเกิดโรคยังไม่ได้รับเท่าที่ควร ทำให้มีความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุธาทิพย์ วังคีรี[12] พบว่า มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร ผุดผ่อง[13] พบว่ามีความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยเอื้อ ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะว่า การเข้าถึงบริการของกลุ่มตัวอย่าง มีการเข้าถึงที่สะดวกมากขึ้น มีทั้งบุคลากรทางทันตกรรมในพื้นที่ให้บริการและให้คำแนะนำแก่ผู้มารับบริการได้อย่างเหมาะสม วันเวลาในการเปิดให้บริการมีความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษากมลลักษณ์ แกมขุนทด[14] พบว่า การเข้าถึงบริการทันตกรรมอยู่ระดับปานกลาง แตกต่างจากการศึกษาของปณิตา ครองยุทธ และคณะ[7] พบว่า มีการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับมาก และแตกต่างจากการศึกษาของสุธาทิพย์ วังคีรี[12] พบว่ามีการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมในระดับต่ำ

ปัจจัยเสริม ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว เพื่อน บุคลากรแพทย์ และอสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากทันตบุคลากรเป็นประจำ ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และคนในครอบครัวพาไปพบทันตบุคลากร ทำให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับที่สูง แตกต่างจากการศึกษาของกมลลักษณ์ แกมขุนทด[14]และสุธาทิพย์ วังคีรี[12] พบว่าการได้รับสนับสนุนจากบุคคลอยู่ระดับปานกลาง

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ได้รับความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากเป็นประจำจากการมารับบริการโรคเรื้อรังตามสถานพยาบาลในแต่ละแห่ง มีความตระหนักรู้สิ่งที่จะเป็นผลเสียกับสุขภาพช่องปากตนเอง และบุคคลมีการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการของชีวิต เมื่อมีสภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งมาจากการเจ็บป่วย ทำให้บุคคลมีเป้าหมายในการรักษาสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกนกนุช เนตรงามทวี[15] พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของเปรมฤดี ศรีสังข์ และคณะ[10] พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของอุดมพร ทรัพย์บวร[16] พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยรวมอยู่ในระดับมาก

3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร

ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก และอายุ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร

3.1 แรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว เพื่อน บุคลากรแพทย์ อสม. ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ กลุ่มตัวอย่าง อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านกำลังใจ การพาไปหาหมอ รับฟังจากเพื่อนที่

มีประสบการณ์คล้ายกัน คำแนะนำ ความรู้ ข้อมูลข่าวสารทางวิชาการ ผลดี ผลเสียของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน จากบุคลากรทันตสาธารณสุข และจากอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นประจำ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว เพื่อน บุคลากรแพทย์และอสม. จึงเป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญที่ช่วยสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร ผุดผ่อง[13] พบว่า ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก คือ การสนับสนุนจากบุคคล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจากแหล่งต่างและเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากสอดคล้องกับการศึกษาของกมลลักษณ์ แกมขุนทด[14] พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับเมธาวี นิยมไทย และคณะ[17] พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

3.2 การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับสูง มีความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบด้านบวกตามมาหลังจากปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองเป็นเรื่องที่ไม่ยาก เนื่องจากได้รับการให้คำแนะนำ ความรู้จากทันตบุคลากรในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของตวงพร กตัญญุตานนท์ และคณะ[18] พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาของพิราวรรณ เนื้อทอง[19] พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการดูแลทันตสุขภาพมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

3.3 อายุ อายุส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า เมื่ออายุของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นจะทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากลดลง แตกต่างจากการศึกษาของศิริรัตน์ ชัยสุกัญญาสันต์[20] ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และของปณิตา คลองยุทธ และคณะ[7] พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของตวงพร กตัญญุตานนท์[18] พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น ควรปรับรูปแบบการจัดกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการส่งเสริมให้กลุ่มเพื่อน ครอบครัว สังคม เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เพื่อสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดียิ่งขึ้น

1.2 ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการไปพบทันตบุคลากรทุก 6 เดือน ยังปฏิบัติเป็นประจำในจำนวนที่น้อย ต้องมีการส่งเสริมพฤติกรรมในข้อนี้ให้มากขึ้น โดยการแนะนำ สร้างแรงจูงใจ และชี้ให้เห็นผลที่เกิดจากการที่ไม่ปฏิบัติ

1.3 ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ข้อมูล คำแนะนำ ปรับรูปแบบการสอนให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการแปรงลิ้นให้ง่ายขึ้น เนื่องจากยังมองว่าเป็นเรื่องที่ยากเสียเวลา และเน้นการรับรู้อุปสรรคของดูแลสุขภาพ

ช่องปาก เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาพัฒนาโปรแกรมโดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.2 ศึกษาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

2.3 ศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้ได้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561). แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวานสำหรับทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข.https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/5x9c01a3d6e5539cf478715290ac946bee/tinymce/07/Dental%20Guideline%20for%20DM%20patients.pdf
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). สถิติ. https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1/2018-02-08-14-52-46
3. วัชราภรณ์ เสนสอน, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวิวัฒนา และเสาวนันท์ บำเรอราช. (2553). โรคเบาหวานกับสุขภาพช่องปาก. ว. ทันต.ขอนแก่น, 13(2), 132-146.
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561).รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560. สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ). https://dental.anamai.moph.go.th/webupload/migrated/files/dental2/n2423_3e9aed89eb9e4e3978640d0a60b44be6_survey8th_2nd.pdf
5. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567).รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/5x9c01a3d6e5539cf478715290ac946bee/m_magazine/36716/4952/file_download/20bdfaf0efe9b24c335fead44e99d049.pdf
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 2566. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCDDM,HT,CVD).https://pct.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
7. ปณิตา ครองยุทธ, จิราวรรณ แผ่นจันทร์, ภานุมาศ เครือคำ และวิมลรัตน์ ฉิมพลีพันธุ์. (2564). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 1(1), 47-60.
8. ธนาคม เสนา. (2561). ความรูและทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน, 1(1), 106-117.
9. อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2558). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 4). ส. เอเชียเพรส (1989).
10. เปรมฤดี ศรีสังข์, ธนัญญา ตาชูชาติ, วรัญญา ถาวันจันทร์, ศุภศิลป์ ดีรักษา และวิภาดา จิตรปรีดา. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลท่าคันโท อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารทันตาภิบาล, 33(1), 99-112.
11. ศรันย์ บุญสร้าง. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลชำราก อำเภอเมือง จังหวัดตราด. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข, 2(3), 209-224.
12. สุธาทิพย์ วังคีรี. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9(4), 783 – 790.
13. สุภาพร ผุดผ่อง. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, 4(1), 101-119.

14. กมลลักษณ์ แกมขุนทด. (2567). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 : กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข, 2(3),238-255.
15. กนกนุช เนตรงามทวี. (2559). ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์.สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 23(2), 23-37.
16. อุดมพร ทรัพย์บวร. (2562). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5, 38(4), 244-255.
17. เมธาวี นิยมไทย และสุพัฒนา คำสอน. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 29(1), 168-179.
18. ตวงพร กตัญญุตานนท์, วรรณรัตน์ จงเจริญ, สุวิมล พันธ์จันทร์, พัชรา จันทมนตรี, เพ็ญศิริ เอกนุ่ม, อรพรรณ ศิริวัฒน์, . . . วชรดล เส็งลา. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดศรีวารีน้อย ตำบลศีรษะจรเข้ใหญ่ อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(5), 792-801.
19. พิราวรรณ เนื้อทอง. (2565) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร.
20. ศิริรัตน์ ชัยสุกัญญาสันต์. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

การพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพโรงพยาบาลซำสูง อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น

Development of an Effective Financial and Fiscal Management Model for Sam Sung Hospital Sam Sung District, Khon Kaen Province

(Received: March 6,2026 ; Revised: March 11,2026 ; Accepted: March 17,2026)

ริญดา ธราลักษมี[1] วรพจน์ พรหมสัตยพรต[2] เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์[3]
Rinyada Tharalaksamee[1], Vorapoj Promasatayaprot[2], Terdsak Promaruk[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลซำสูง อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการงบประมาณและทรัพยากรทางการเงินให้เกิดความคุ้มค่าและยั่งยืน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 36 คน และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลัง จำนวน 12 คน รวมทั้งสิ้น 48 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการวิจัยเชิงผสานวิธี โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลซำสูงก่อนพัฒนารูปแบบ พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลก่อนการพัฒนา ซึ่งอาจรวมถึงการจัดการงบประมาณที่ไม่ดีพอ, การบริหารต้นทุนที่สูงเกินไป, การพึ่งพารายได้จากแหล่งเดียว, และความต้องการในการปรับปรุงกระบวนการบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นผลการพัฒนารูปแบบประกอบด้วย ทั้งหมด 3 กิจกรรม ประกอบด้วย (1) A1 โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ ผลลัพธ์ที่ได้ คือ การจัดเก็บรายได้มีความถูกต้องและครบถ้วนมากขึ้น (2) A2 การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนควบคุมรายได้ค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามแผน Planfin ผลลัพธ์ที่ได้ คือ โรงพยาบาลสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านเวชภัณฑ์ได้ ร้อยละ 12 เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า (3) A3 ประชุมเชิงปฏิบัติการอบรมบุคลากรด้านพัสดุการเงินการคลัง ผลลัพธ์ที่ได้ คือ บุคลากรมีทักษะและความเข้าใจด้านพัสดุและการเงินเพิ่มขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานประจำได้ กิจกรรม A1–A3 สามารถสร้างความก้าวหน้าในหลายมิติ ทั้งด้านการเพิ่มประสิทธิภาพรายได้ การควบคุมค่าใช้จ่าย และการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังได้แก่ (1) การสนับสนุนจากผู้บริหารและคณะกรรมการ CFO (2) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ (3) ระบบข้อมูลทางการเงินที่ชัดเจนและตรวจสอบได้ และ (4) การนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ ทำให้โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ : การเงินการคลัง, การบริหารจัดการ, โรงพยาบาลชุมชน, การมีส่วนร่วม, การพัฒนารูปแบบ

Abstract

This research was participatory action research (PAR) aimed at investigating the process of developing an efficient financial management model at Sam Sung Hospital, Sam Sung District, Khon Kaen Province. The objective is to improve the efficiency and sustainability of budget and financial resource management. The sample group consisted of 36 hospital administrators, committee members, and related personnel, and 12 finance and accounting

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
[2] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม Corresponding author: Vorapoj Promasatayaprot E-mail: vorapoj@msu.ac.th
[3] อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

personnel, totaling 48 individuals. Quantitative and qualitative data were collected using a mixed-methods approach. Quantitative data was collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics, while qualitative data was collected and analyzed using content analysis.

The results of a study on the financial situation of the hospital prior to the development of the model found that problems in the hospital before the development, which may include poor budget management, excessive cost management, reliance on a single source of income, and the need to improve the financial management process to be more efficient, resulted in the development of the model consisting of three activities: (1) A1, a project to increase the efficiency of revenue collection, the result of which was more accurate and complete revenue collection; (2) A2, a workshop on planning and controlling revenue and expenses according to the Planfin plan, the result of which the hospital was able to reduce medical supplies expenses by 12 percent compared to the previous year; and (3) A3, a workshop on training personnel in procurement and finance, the result of which personnel had increased skills and understanding in procurement and finance and could apply it to their daily work. Activities A1–A3 were able to create progress in many dimensions, including increasing revenue efficiency, controlling expenses, and strengthening personnel capabilities. The success factors in developing the financial management model included (1) support from the management and the CFO committee; (2) participation of personnel at all levels; (3)a clear and verifiable financial information system; and (4) regular supervision and monitoring, resulting in the hospital having a systematic increase in revenue.

Keywords: Finance, Management, Community Hospital, Participation, Model Development

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินหรือขาดสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประเด็นปัญหาต่อเนื่องของรัฐบาลมาตลอดในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนโรงพยาบาลที่ขาดทุนปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 พบว่า กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีแนวโน้มขาดทุนลดลง โดยในปีงบประมาณ 2560 ถึง 2561 มีจำนวน 1 และ 2 แห่ง แต่ในปีงบประมาณ 2562 เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 3 และ 4 แห่งตามลำดับ ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 มีแนวโน้มขาดทุนลดลงต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2562 ลดลงเหลือจำนวน 65 แห่ง[1] การบริหารการเงินการคลังจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำให้กับประชาชนที่มีฐานะแตกต่างกันในสังคมไทย และเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการจัดระบบบริการสุขภาพทั้งในส่วนของงบประมาณภาครัฐและการเงินจากภาคเอกชนหรือครัวเรือนที่จ่ายเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการของโรงพยาบาลต่อนโยบายของกองทุนสุขภาพต่าง ๆ จึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนานโยบายการคลังสุขภาพในระดับมหภาค ทั้งนี้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีวัตถุประสงค์เพื่อขยายการให้บริการได้ครอบคลุมทั่วประเทศ ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึงทั้งการขยายบริการในระดับปฐมภูมิและการให้บริการในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ประกอบกับนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพ ให้สามารถครอบคลุมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนทำให้บริการสุขภาพที่จำเป็นได้คุ้มครองและประชาชนยังสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นเหล่านั้นได้ โดยปราศจากอุปสรรคทาง ด้านการเงิน อันจะส่งผลต่อการลดภาระรายจ่ายของประชาชนในการใช้บริการสุขภาพ[2]

โรงพยาบาลซำสูง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) จำนวนเตียง 30 เตียง เป็นศูนย์กลางด้านบริการสุขภาพของอำเภอ รายงานวิกฤติทางการเงิน

(Risk Scoring) ของโรงพยาบาลซำสูง ในปี งบประมาณ 2563 ถึง 2566 จากตัวชี้วัดสภาพคล่องของสินทรัพย์และกลุ่มแสดงฐานะทางการเงิน พบว่าสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลซำสูงในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา สถานะการเงิน (งบดุล) และงบรายได้ - ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลซำสูง (FIS,2567) มีความเสี่ยงภาวะวิกฤตเงิน เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูงกว่ารายรับ (รายงานวิกฤติทางการเงิน (Risk Scoring) ของโรงพยาบาลซำสูง ปีงบประมาณ 2563 - 2567) การประเมินการบริหารประสิทธิภาพตามเกณฑ์การให้คะแนนประสิทธิภาพ TPS Score วิกฤติการเงินใน 7 ระดับ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 ถึง 2566 อยู่ในระดับค่อนข้างวิกฤติติดต่อกันมาเป็นนานต่อเนื่องถึง 4 ปี กล่าวคือ มีความเสี่ยงทางการเงินเป็นส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากมีค่าใช้จ่ายสูงกว่ารายรับ[3]

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลซำสูง อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้การบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลซำสูงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤติทางการเงินต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์การเงินการคลังโรงพยาบาลซำสูง

2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพโรงพยาบาลซำสูง 3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพโรงพยาบาลซำสูง

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำนวน 36 คน และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลัง จำนวน 12 คน รวมทั้งสิ้น 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามวงจร PAOR ผู้วิจัยได้ใช้ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งเชิงลึกและเชิงกว้าง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงตัวเลข โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามความรู้ ทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงานทางด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลซำสูง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 50 ข้อ ลักษณะมีคำตอบแบบเลือกคำตอบ ถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยพิจารณาตามเกณฑ์ในการประเมินผลคะแนนระดับความรู้ใช้พิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์มาจากหลักเกณฑ์ของบลูม[5] และ Best[6] เป็นฐานทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายการให้คะแนน 3 ระดับ

1.2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลซำสูงและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลซำสูง รวมทั้งสิ้น 32 ข้อ และข้อเสนอแนะในการบริหารการเงินการคลัง โดยพิจารณาตามเกณฑ์ในการประเมินผลคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อและภาพรวม มีระดับการวัดแบบประเมินค่า จัดเป็น 3 ระดับ คือ มีส่วนร่วมมาก มีส่วนร่วมปานกลาง และมีส่วนร่วมน้อยโดยใช้การแบ่งกลุ่ม ทั้งนี้ การกำหนดเกณฑ์ดังกล่าวอ้างอิงแนวคิดการแปลผลแบบประเมินค่าของ Best (1977) โดยปรับให้สอดคล้องกับมาตราส่วน 3 ระดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือเป็น

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 จำนวน 7 ข้อ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการตามวงจร PAOR ของ Kemmis และ McTaggart[4] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน, การปฏิบัติ, การสังเกต และ การสะท้อนผล ซึ่งเป็นวงจรการเรียนรู้ที่หมุนเวียนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนางานอย่างเป็นระบบ

การดำเนินการวิจัยได้ดำเนินขึ้นระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึงเดือนกันยายน 2568 โดยมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพของ โรงพยาบาลชำสูง ทั้งนี้ การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

1. กำหนดปัญหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ต้องการพัฒนา

2. ศึกษาบริบทของพื้นที่และสถานการณ์ด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล เพื่อให้เข้าใจสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริง

3. จัดทำแผนปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ เพื่อให้การดำเนินงานมีความสอดคล้องกับสภาพจริงของหน่วยงาน

4. นำเสนอและขออนุมัติแผนปฏิบัติการตามแผนการดำเนินงาน เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลชำสูง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่ได้รับการอนุมัติในขั้นตอนแรก โดยมุ่งเน้นให้บุคลากรทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแผนที่กำหนด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมายของการวิจัย โดยใช้กิจกรรมโครงการในการดำเนินการ ทั้งหมด 3 กิจกรรม (A1-A3) ประกอบด้วย

A1 กิจกรรมโครงการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้

A2 กิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนควบคุมรายได้ค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามแผน Planfin

A3 กิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการอบรมบุคลากรด้านพัสดุการเงินการคลัง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์และการประเมินผล (Observation)

1. การกำกับติดตามการดำเนินงานและการประเมินผลการปฏิบัติ โดยการดำเนินการจัดการประชุมวางแผนกำกับติดตามการดำเนินงานและการประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อรับทราบปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไข ซึ่งจัดประชุมทั้งหมด 3 ครั้ง

2. การประเมินตนเองของบุคลากรในหน่วยงานเพื่อปรับปรุงพัฒนางานตามแผนปฏิบัติ โดยมีจำนวนบุคลากร คณะกรรมการ และผู้บริหารโรงพยาบาลชำสูง จำนวน 36 คน โดยมีหัวข้อในการประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานบริหารการเงินการคลัง ซึ่งแบ่งการประเมินออกเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และ น้อย ดังนี้

2.1 การรับรู้สถานการณ์การเงินการคลังมิติ 5 ด้าน จำนวน 25 ข้อ

2.2 การรับรู้บทบาทด้านการบริหารการเงินการคลัง จำนวน 20 ข้อ

2.3 การรับรู้การบริหารการเงินการคลังตามระบบประเมินประสิทธิภาพวิกฤตทางการเงินระดับ 7 การใช้อัตราส่วนทางการเงินเพื่อการบริหาร จัดการเงินการคลัง จำนวน 15 ข้อ

3. การประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ซึ่งการประเมินการมีส่วนร่วมของผู้บริหารและคณะกรรมการที่เกี่ยวกับรูปแบบการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลชำสูง จำนวน 36 คน แบ่งออกเป็น 4 หัวข้อ หัวข้อละ 8 คำถาม เกณฑ์การประเมินการมีส่วนร่วม มี 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และ น้อย ดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

3.2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

3.3 รายการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

3.4 การมีส่วนร่วมในการติดตามและการประเมินผล

4. การประเมินการความรู้ ทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลังโรงพยาบาลซำสูง จำนวน 12 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) ความรู้ของผู้ปฏิบัติงานทางการเงินการคลัง 5 มิติ และ (2) ความรู้ของผู้ปฏิบัติงานทางการเงินการคลังวิกฤตทางการเงินระดับ 7 โดยเกณฑ์การประเมินความรู้ทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการเงินการคลัง ทั้ง 2 กลุ่ม วัดได้จากการทำแบบทดสอบ

5. การประเมินทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงานทางด้านการเงินการคลัง ซึ่งการประเมินทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงานทางด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลซำสูง จำนวน 12 คน แบ่งออกเป็น 4 หัวข้อ เกณฑ์การประเมินการมีส่วนร่วมมี 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และ น้อย ดังนี้ 1) ประเมินทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงานทางด้านการเงินการคลัง 2) รายการทักษะการปฏิบัติงานด้านอัตราส่วนการเงินการคลัง

6. การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก (1) การกำกับติดตามการดำเนินงานและการประเมินผลการปฏิบัติจากการประชุม จำนวน 3 ครั้ง (2) การดำเนินโครงการกิจกรรมตามกิจกรรม A1–A3 ประกอบด้วย A1 กิจกรรมโครงการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ A2 กิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนควบคุมรายได้ค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามแผน Planfin และ A3 กิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการอบรมบุคลากรด้านพัสดุการเงินการคลัง (3) ติดตามผลการดำเนินงานด้วยแบบสอบถาม สัมภาษณ์ และสังเกตการณ์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสะท้อนผลในขั้นตอนถัดไป

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

เป็นขั้นตอนการนำผลการดำเนินงานในแต่ละรอบของการปฏิบัติมาวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยผู้วิจัยได้จัด เวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปและถอดบทเรียนจากการดำเนินโครงการวิจัย โดยแบ่งการสะท้อนออกเป็น 3 มิติหลัก ได้แก่ (1) การสะท้อนผลในระดับบุคคล (2) การสะท้อนผลในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน และ (3) การสะท้อนผลในระดับองค์กร

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยวิเคราะห์จากแบบสัมภาษณ์กลุ่ม มีการจดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสังเกต การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การถอดบทเรียน แล้วนำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มมาจัดหมวดหมู่และสรุปประเด็น

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ การหาร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปแบบของตารางและมีการบรรยายประกอบ

ผลการวิจัย

1. บริบทและสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลชำสูง พบว่าโรงพยาบาลชำสูงมีแนวโน้มสถานะทางการเงินที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลอยู่ในภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 3 เนื่องจากมีอัตราส่วนเงินสดและทุนหมุนเวียนต่ำกว่ามาตรฐาน อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณ 2563 – 2568 ค่าดัชนีทางการเงินปรับตัวดีขึ้น โดยเฉพาะตั้งแต่ปี 2565 เป็นต้นมา ที่อยู่ในระดับดี (Risk Scoring ระดับ 1) แสดงถึงสภาพคล่องที่มั่นคงและประสิทธิภาพในการบริหารการเงินการคลังที่สูงขึ้น สรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ผลการประเมินสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลชำสูง ตามเกณฑ์ Risk Scoring และ Total Performance Score Version 3.0 (TPS V 3.0) พ.ศ. 2563 – 2567

ปีงบประมาณ	อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current Ratio: CR)	อัตราทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio: QR)	อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน (Cash Ratio)	ระดับการวิกฤติทางการเงิน (Risk Scoring)	ระดับผลการประเมิน (TPS)
2563	1.02	0.89	0.56	ระดับ 3	ความเสี่ยงสูง
2564	1.36	1.09	0.61	ระดับ 2	ความเสี่ยงปานกลาง
2565	1.92	1.70	0.75	ระดับ 1	ความเสี่ยงต่ำ (ปกติ)
2566	1.75	1.51	0.93	ระดับ 1	ความเสี่ยงต่ำ (ปกติ)
2567	1.68	1.42	0.88	ระดับ 2	ความเสี่ยงปานกลาง

2. กระบวนการเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ
โรงพยาบาลชำสูง พบว่า การพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลัง ได้ใช้กิจกรรมโครงการในการดำเนินการ ทั้งหมด 3 กิจกรรม (A1-A3) ประกอบด้วย (1) A1 โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ ผลลัพธ์ที่ได้ คือ การจัดเก็บรายได้มีความถูกต้องและครบถ้วนมากขึ้น ค่าเฉลี่ยการประเมินอยู่ในระดับมาก เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจในกระบวนการเก็บรายได้มากขึ้น ส่งผลให้การบันทึกและติดตามเป็นระบบและรวดเร็วขึ้น โรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลรายได้มาใช้วิเคราะห์สภาพการเงินและวางแผนการคลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบุคลากรสะท้อนความคิดเห็นว่าการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานช่วยลดข้อผิดพลาดและสร้างความมั่นใจต่อความโปร่งใสของระบบการเงิน (2) A2 การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนควบคุมรายได้ค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามแผน Planfin ผลลัพธ์ที่ได้ คือ โรงพยาบาลสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านเวชภัณฑ์ได้ ร้อยละ 12 เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า บุคลากรมีความเข้าใจในการวางแผนค่าใช้จ่ายมากขึ้น และมีส่วนร่วมในการประหยัดทรัพยากร ค่าเฉลี่ยการประเมินด้านการติดตามและวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับมาก และการจัดทำแผนลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นอยู่ในระดับปานกลาง แสดงถึงความก้าวหน้า (3) A3 ประชุมเชิงปฏิบัติการอบรมบุคลากรด้านพัสดุการเงินการคลัง ผลลัพธ์ที่ได้ คือ บุคลากรมีทักษะและความเข้าใจด้านพัสดุและการเงินเพิ่มขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานประจำ การประเมินด้านพัสดุอยู่ในระดับปานกลาง แต่การประเมินคุณภาพและความคุ้มค่าของพัสดุอยู่ในระดับน้อย สะท้อนถึงความจำเป็นในการฝึกอบรมต่อเนื่อง และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน ทำให้กระบวนการจัดการพัสดุและการเงินมีความโปร่งใสมากขึ้น

3. ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลชำสูง พบว่า การจัดการด้านการเงิน การคลัง และพัสดุ โดยเน้นการประเมินผลหลังการดำเนินโครงการ A1–A3 ผลการประเมินพบว่า การจัดเก็บรายได้มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 2.89, SD = 0.65) อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าการดำเนินโครงการช่วยเพิ่มความถูกต้องและความครบถ้วนของการเก็บรายได้ ส่วนการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ($\bar{x}$ = 1.78, SD = 0.59) แสดงให้เห็นว่าการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงและการติดตามผลยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ ส่วนด้านสภาพคล่องทางการเงินมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x}$ = 1.54, SD = 0.60) สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านโครงสร้างการคลังที่ต้องได้รับการแก้ไขเชิงนโยบายหรือการสนับสนุนจากระดับกระทรวง

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลชำสูง พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลัง ได้แก่ (1) การสนับสนุนจากผู้บริหารและคณะกรรมการ CFO (2) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ (3) ระบบข้อมูลทางการเงินที่ชัดเจนและตรวจสอบได้ และ (4) การนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งทั้ง 4 ปัจจัยนี้ ทำให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลร่วมกับผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลัง การเปิดโอกาสให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมดำเนินงาน ทำให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของต่อกระบวนการบริหารการเงินการคลัง ส่วนในการพัฒนาทักษะความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินการคลัง มีการจัดอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสนับสนุนการเรียนรู้ต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจและมีสมรรถนะในการทำงานมากขึ้น ส่งผลให้การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังมีประสิทธิภาพและลดข้อผิดพลาด และการกำกับติดตามสม่ำเสมอของทีมผู้บริหารผู้มีส่วนร่วมในการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลชำสูงการมีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องจากผู้บริหารและคณะกรรมการ มีส่วนช่วยกระตุ้นให้บุคลากรมีความรับผิดชอบและสามารถปรับปรุงแก้ไขการทำงานได้ทันท่วงที

สรุปและอภิปรายผล

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 บริบทและสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลชำสูง จากการวิจัยพบว่า ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลชำสูงมีจุดแข็งด้านการจัดเก็บรายได้ที่อยู่ในระดับมาก ขณะที่การติดตามและควบคุมค่าใช้จ่าย รวมถึงระบบพัสดุยังอยู่ในระดับปานกลาง แต่ประเด็นที่เป็นจุดอ่อนชัดเจนคือระบบควบคุมภายในและสภาพคล่องทางการเงินที่อยู่ในระดับต่ำ การตีความได้ว่าการเงินการคลังของโรงพยาบาลยังไม่มั่นคง และมีความเสี่ยงที่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤติได้ หากไม่มีมาตรการปรับปรุงในระยะยาว

ผลที่ได้นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุปผา ยศศักดิ์ศรี[7] ที่พบว่าโรงพยาบาลชุมชนมักมีข้อจำกัดด้านการบริหารสภาพคล่อง แม้สามารถเก็บรายได้ครบถ้วน แต่ยังขาดกลไกสำรองเงินทุนและระบบควบคุมความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกัน ผลนี้ไม่สอดคล้องกับงานของ สุธาดา ศิริกิจจารักษ์[8] ที่รายงานว่าโรงพยาบาลในจังหวัดสุรินทร์มีระบบควบคุมภายในที่ดีและสามารถบริหารงบประมาณได้อย่างเพียงพอ ซึ่งอาจอธิบายได้จากความแตกต่างด้านขนาดองค์กร ทรัพยากรบุคคล และการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับจังหวัด

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลชำสูง จากการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลัง ได้ใช้กิจกรรมโครงการในการดำเนินการ ทั้งหมด 3 กิจกรรม (A1-A3) ประกอบด้วย (1) A1 โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ ผลลัพธ์ที่ได้ คือ การจัดเก็บรายได้มีความถูกต้องและครบถ้วนมากขึ้น (2) A2 การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนควบคุมรายได้ค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามแผน Planfin ผลลัพธ์ที่ได้ คือ โรงพยาบาลสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านเวชภัณฑ์ได้ร้อยละ 12 เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า (3) A3 ประชุมเชิงปฏิบัติการอบรมบุคลากรด้านพัสดุการเงินการคลัง ผลลัพธ์ที่ได้ คือ บุคลากรมีทักษะและความเข้าใจด้านพัสดุและการเงินเพิ่มขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานประจำ สะท้อนถึงความจำเป็นในการฝึกอบรมต่อเนื่อง และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน ทำให้กระบวนการจัดการพัสดุและการเงินมีความโปร่งใสมากขึ้น นอกจากนี้การอบรมบุคลากรยังช่วยสร้างความเข้าใจที่ดีขึ้นในเชิงระบบการเงิน ผลนี้

สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง และตอบโจทย์ต่อปัญหาที่โรงพยาบาลเผชิญอยู่

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ จีระพร ลาสุดี และยอดชาย สุวรรณวงษ์ (2563) ที่พบว่า การจัดทำระบบรายงานผลด้านการเงินและการติดตามผลรายไตรมาสช่วยลดข้อผิดพลาดและเพิ่มความมั่นใจในข้อมูลทางการเงิน และยังสอดคล้องกับงานของ พนิตตา หงษาคำ[9] ที่ชี้ว่าการใช้แผนควบคุมรายจ่ายและการติดตามอย่างใกล้ชิดสามารถช่วยให้โรงพยาบาลชุมชนมีความมั่นคงทางการเงินมากขึ้น

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลชำสูง จากการวิจัยพบว่า การจัดการด้านการเงิน การคลัง และพัสดุ โดยเน้นการประเมินผลหลังการดำเนินโครงการ A1–A3 สามารถประเมินผลแผนปฏิบัติการได้เป็นอย่างดี ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังผ่านกิจกรรม A1–A3 สามารถสร้างความก้าวหน้าในหลายมิติ ทั้งด้านการเพิ่มประสิทธิภาพรายได้ การควบคุมค่าใช้จ่าย และการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม โดยเฉพาะด้านการจัดการพัสดุ การควบคุมภายใน และการเสริมสภาพคล่องทางการเงิน เพื่อให้รูปแบบการบริหารมีความยั่งยืนในระยะยาว

ผลนี้สอดคล้องกับงานของ ชญาภา อุปดิษฐ์ และอัญชลีพร วุฒิเป็ก[10] ที่ระบุว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินและการคลังต้องมีทั้งการฝึกเชิงปฏิบัติและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพที่ยั่งยืน ในทางตรงกันข้าม ผลนี้ไม่สอดคล้องกับงานของ สุพิชชา แสงโชติ[11] ที่เสนอว่าการอบรมเชิงทฤษฎีเพียงครั้งเดียวก็สามารถสร้างความรู้ความเข้าใจได้เพียงพอ ซึ่งอาจแตกต่างจากบริบทของโรงพยาบาลชำสูงที่บุคลากรยังต้องการการฝึกฝนเพิ่มเติม

วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลชำสูง จากการวิจัยพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลัง ได้แก่ (1) การสนับสนุนจากผู้บริหารและคณะกรรมการ CFO (2) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ (3) ระบบข้อมูลทางการเงินที่ชัดเจนและตรวจสอบได้ และ (4) การนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ ทำให้โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นอย่างเป็นระบบ ความผิดพลาดจากการจัดเก็บลดลง ค่าใช้จ่ายถูกควบคุมได้ดีขึ้น และบุคลากรมีความรู้และทักษะในการจัดการทางการเงินเพิ่มขึ้น ผลนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาสามารถช่วยลดความเสี่ยงทางการเงินได้ในระดับหนึ่ง แม้ยังมีข้อจำกัดเรื่องสภาพคล่องและทุนสำรอง แต่ถือเป็นการยกระดับประสิทธิภาพของโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างชัดเจน

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลชำสูง มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังจากนำแนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมและกระบวนการ PAOR มาประยุกต์ใช้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุธาดา ศิริกิจจารักษ์[8] ที่พบว่าการนำกระบวนการ PAOR มาใช้สามารถยกระดับประสิทธิภาพทางการเงินของโรงพยาบาลในจังหวัดสุรินทร์ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษายังสอดคล้องกับ ชญาภา อุปดิษฐ์ และ อัญชลีพร วุฒิเป็ก[10] ที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทุกระดับตามเกณฑ์ TPS ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังเช่นเดียวกันกับโรงพยาบาลชำสูง

นอกจากนี้ รูปแบบ “ร่วมใจ ไฝ่เรียนรู้ ผู้นำมีวิสัยทัศน์” ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ ธนียา เหลี่ยมพงศาพุทธิ[12] ที่ศึกษารูปแบบการบริหารการเงินของโรงพยาบาลลำปาง พบว่าการส่งเสริมความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการเงินเป็นหัวใจสำคัญ ซึ่งตรงกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่ชี้ให้เห็น

ว่าการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของบุคลากรทำให้ระบบการบริหารมีความโปร่งใสและตรวจสอบได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) ควรจัดประชุมคณะกรรมการ CFO และคณะกรรมการการเงินทุกไตรมาส เพื่อติดตามและทบทวนผลการเงิน จะช่วยให้มีแผนงานที่เป็นรูปธรรมสามารถนำไปสู่การปรับปรุงการเงินการคลังในเชิงปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน ทำให้กระบวนการจัดการฝ่ายงานต่าง ๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2) พัฒนาระบบรายงานทางการเงินแบบออนไลน์ เพื่อให้ผู้บริหารเข้าถึงข้อมูลได้แบบ Real-time และการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยี AI ช่วยในการรายงานทางการเงิน สามารถกำหนดกฎเกณฑ์และกระบวนการต่าง ๆ ที่จะทำงานโดยอัตโนมัติตามกำหนดเวลาที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ซึ่งเป็นวิธีที่รวดเร็วและปราศจากข้อผิดพลาด

3) จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานด้านการเงินสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่ เพื่อสร้างมาตรฐานการทำงานร่วมกันและมีการนิเทศ กำกับติดตาม สำหรับการทำงานของเจ้าหน้าที่ด้านการเงินร่วมกับฝ่ายงานต่าง ๆ อยู่เป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) สนับสนุนการอบรมบุคลากรด้านการเงินการคลัง เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และระบบบัญชีอย่างต่อเนื่อง

2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดระบบพี่เลี้ยง (Mentoring system) เพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาลชุมชนที่มีความเสี่ยงทางการเงิน

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่ง เพื่อหาปัจจัยร่วมที่นำไปสู่ความสำเร็จ

2) ศึกษาปัจจัยค่านิยมร่วมที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพด้านการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. พิทักษ์พล บุณยมาลิก, & ธิดาจิต มณีวัต. (2564). แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 15(4), 477–489.
2. ปริญดา ทุนคำ, & จินตนา จันทร์ดี. (2565). การประเมินและข้อเสนอแนะการบริหารการเงินการคลังในโรงพยาบาลที่เคยประสบภาวะวิกฤตทางการเงินรุนแรง ระดับ 7 เขตสุขภาพที่ 1. สืบค้น จาก https://wwwnno.moph.go.th (เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2565).
3. โรงพยาบาลชำสูง. (2567) รายงานวิกฤติทางการเงิน (Risk Scoring) ของโรงพยาบาลชำสูง ในปี งบประมาณ 2563 ถึง 2566. Health Financing Office (HFO, 2024; https://hfo.moph.go.th
4. Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria : Deakin University.
5. Bloom, B. M. (1968). Learning for Mastery. Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs, 1, 1-12.
6. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
7. บุปผา ยศศักดิ์ศรี. (2561). การจัดการการเงินเพื่อการบริหารที่มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 14(1), 15–27.
8. สุธาดา ศิริกิจจารักษ์. (2563). ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดสุรินทร์. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ, 5(2), 17–34.

9. พนิตตา หงษาคำ. (2564). ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 8(3), 122–135.
10. ชญาภา อุปดิษฐ์, & อัญชลีพร วุฒิเป็ก. (2566). การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตามเกณฑ์ TPS. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน, 1(2), 112–130.
11. สุพิชชา แสงโชติ. (2560). ระบบบริการสุขภาพกองทัพเรือ. กรมแพทย์ทหารเรือ.
12. ธนียา เหลี่ยมพงศาพุทธิ. (2563). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล จังหวัดลำปาง. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2(2), 55–70.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยกระบวนการจัดการความรู้ผ่านค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

Developing a health promotion model for patients with chronic kidney failure through a knowledge management process via health behavior modification camps in Khuang Nai District, Ubon Ratchathani Province

(Received: March 6,2026 ; Revised: March 11,2026 ; Accepted: March 17,2026)

นฤมล หลักรัตน์[1]
Narumon Lukrat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการ พัฒนารูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ และประเมินผลของรูปแบบค่ายที่พัฒนาขึ้นต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย แบ่งการดำเนินการเป็น ระยะศึกษาบริบท พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเครียด และความต้องการของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 399 คน ระยะพัฒนาและประเมินรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยกระบวนการจัดการความรู้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 15 คน และระยะประเมินประสิทธิผลของรูปแบบค่าย โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณาและสถิติทดสอบ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตและพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และมีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง รูปแบบค่ายที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ในระดับมากถึงมากที่สุด หลังเข้าร่วมค่าย ผู้ป่วยมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่า eGFR ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง, สร้างเสริมสุขภาพ, ค่าย, พฤติกรรมสุขภาพ, การพัฒนา

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to investigate existing problems and needs, develop a health behavior change camp model, and evaluate the effectiveness of the developed model on knowledge, self-care behaviors, and health outcomes of patients. The study was conducted in three phases: Phase 1: Contextual Study – An assessment of self-care behaviors, stress levels, and the specific needs of 399 patients with chronic kidney disease, Phase 2: Model Development and Evaluation – The health behavior change camp model was developed through a knowledge management process, involving the participation of 15 experts, and Phase 3: Effectiveness Evaluation – An assessment of the model's efficacy by comparing outcomes before and after participation in the camp activities.Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics to test for significant differences.

The results revealed that most patients had moderate levels of knowledge about chronic kidney disease and self-care behaviors, and experienced moderate to high levels of stress. The developed camp model demonstrated high levels of appropriateness, feasibility, and usefulness. After participating in the camp, patients showed significantly improved knowledge, self-care behaviors, and estimated glomerular filtration rate (eGFR) ($p < .05$).

Keywords: Chronic kidney disease patients, health promotion, camp, health behavior, development.

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง เป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลก[1] รายงานว่า โรคไตเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 10 ของประชากรโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 8 ต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารเค็มจัด การดื่มน้ำน้อย การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการใช้ยาแก้ปวดหรือยาสมุนไพรที่มีผลต่อไตเป็นเวลานาน ในประเทศไทย สถานการณ์โรคไตวายเรื้อรังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานของกรมการแพทย์ [2] พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากกว่า 8 ล้านคน และในจำนวนนี้กว่า 100,000 คน อยู่ในระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้อง โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายสูงถึงปีละกว่า 300,000 บาท[3] ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังสร้างภาระทางเศรษฐกิจอย่างมากต่อระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ สาเหตุหลักของโรคไตวายเรื้อรังในประเทศไทยยังคงมาจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมด [4] หากไม่ได้รับการควบคุมอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้ไตเสื่อมลงอย่างต่อเนื่องจนถึงภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังนั้น การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการชะลอการเสื่อมของไต ลดภาระโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี [5] พบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากกว่า 15,000 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 5–10% โดยเฉพาะในอำเภอเขื่องใน ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของจังหวัด ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3–5 จำนวนมากต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเขื่องในและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามจากการติดตามของทีมสาธารณสุขที่ได้วิเคราะห์ช่องว่างของความรู้ (Research gap) พบว่ามีสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และโรคประจำตัวอย่างเบาหวานและความดันโลหิตสูง แหล่งข้อมูลระบุว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังคง ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง การควบคุมอาหาร การดื่มน้ำอย่างเหมาะสม การจำกัดปริมาณเกลือ การใช้ยาอย่างถูกวิธี และการมาตรวจตามนัด รวมถึงเผชิญกับภาวะเครียดและซึมเศร้าที่ส่งผลเสียต่อการรักษา ซึ่งส่งผลให้การดำเนินโรคแย่ลงเร็วกว่าที่ควรจะเป็น [6]โดยแนวทางหนึ่งในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย คือ การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับกระบวนการจัดการความรู้ ซึ่งเป็นกลไกที่เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้ร่วมกัน และสร้างองค์ความรู้ใหม่จากประสบการณ์จริง[7]โดยที่กระบวนการจัดการความรู้ หรือ KM ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ การบ่งชี้ความรู้ การสร้างความรู้ การจัดการความรู้ การแลกเปลี่ยนความรู้ การใช้ประโยชน์ความรู้ การประเมินผล และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นอกจากการเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพกายแล้ว สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและความร่วมมือในการรักษา ซึ่งจากการศึกษาพบว่ามีงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย CKD และ ESRD มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เนื่องจากต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านการดำเนินชีวิต การควบคุมอาหารอย่างเข้มงวด ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา และความกังวลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรคโดยองค์การอนามัยโลก[8] ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความชุกมากกว่าประชากรทั่วไปถึง 2–3 เท่า และส่งผลให้การปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สามารถเร่งการเสื่อมของไต ผ่านกลไกการเพิ่มระดับฮอร์โมนความเครียด การรบกวนวงจรการนอน และการลดความต่อเนื่องของพฤติกรรมการดูแลตนเอง[9] ส่งผลให้ผู้ป่วย

ขาดการควบคุมโรคร่วม เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการกำเริบของโรคไต อีกทั้งกรมสุขภาพจิต[10]รายงานว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทยมากกว่าร้อยละ 30 มีระดับความเครียดสูง และต้องการการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจึงไม่ควรเน้นเฉพาะการจัดการด้านความรู้หรือพฤติกรรมสุขภาพทางกายเท่านั้น แต่ควรบูรณาการกระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิต เข้าไปในโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพด้วย โดยเฉพาะในรูปแบบค่ายสุขภาพหรือกิจกรรมกลุ่ม เนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การได้รับกำลังใจ และการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่พิสูจน์แล้วว่าสามารถลดความเครียดและเพิ่มความหวังให้แก่ผู้ป่วยโรคไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ [11] การบูรณาการการจัดการความรู้ (KM) เข้ากับการส่งเสริมสุขภาพจิตจึงเป็นแนวทางสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มองเห็นศักยภาพของตนเอง เรียนรู้ทักษะการจัดการอารมณ์ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และลดอัตราการดำเนินโรคในระยะยาว ซึ่งเหมาะสมอย่างยิ่งกับบริบทของผู้ป่วยในชุมชนอำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ที่ยังขาดการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตอย่างเพียงพอ ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ สำหรับการนำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ในกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นแนวทาง ที่ได้รับความนิยมในงานสาธารณสุขชุมชน เนื่องจากเป็นกระบวนการที่เน้นให้ผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง ร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ซึ่งมีงานวิจัยหลายฉบับยืนยันว่าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่วยเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ [12] นอกจากนี้ การดำเนินค่ายในลักษณะไม่ค้างคืน ยังเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในชุมชน ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้โดยไม่กระทบต่อภาระชีวิตประจำวัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยกระบวนการจัดการความรู้ ผ่านค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ลดความรุนแรงของโรคในระยะยาว และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในเขตอำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ตลอดจนเป็นต้นแบบที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการเพื่อพัฒนารูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และประเมินผลของรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยกระบวนการจัดการความรู้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาบริบทพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ความเครียด และความต้องการของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรค ไตวายเรื้อรังด้วยกระบวนการจัดการความรู้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยกระบวนการจัดการความรู้ ผ่านค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเขื่องใน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 3,538 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 399 คน โดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan ซึ่งผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3–5 ที่ยังไม่ต้องฟอกไต มีสภาพร่างกายและจิตใจพร้อมเข้าร่วมการให้ข้อมูล 2) มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย อ่านและเขียนได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และ เกณฑ์ในการคัดออก คือ มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะเข้าร่วมกิจกรรม และผู้ป่วยที่มีภาวะจิตเวชรุนแรง หรือความบกพร่องทางสติปัญญาที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้จำแนกเครื่องมือการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 การวิจัยระยที่ 1 ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ลักษาณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 คำตอบ คือ “ใช่” “ไม่ใช่”

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ เกณฑ์ในการการแปลความหมายของคะแนนการดูแลตนเอง[13]

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเครียดของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคย น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด การแปลผลระดับความเครียด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

ชุดที่ 2 การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้เป็นการประเมินความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม และ ความเป็นได้โดยใช้แบบประเมินรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเพิ่มเติมและข้อเสนอแนะอื่นๆ

ชุดที่ 3 การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะนี้ ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไต และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง,เป็นแบบสอบถามชุดเดียวกับระยะที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังและแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ก่อน - หลัง ดำเนินการค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบค่าย

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้และได้นำไปตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน โดยพิจารณาความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาและความชัดเจนของภาษา โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ IOC ได้ค่า IOC รายข้อตั้งแต่ 0.80-1.00

2.วิเคราะห์แบบสอบถามรายข้อกับคะแนนรวมในข้อคำถามทั้งหมด หาค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ ด้วยวิธีการของ Kuder Richardson โดยการใช้สูตร KR-20 ในกรณีที่เครื่องมือเป็นแบบให้คะแนน 0, 1 คือ ตอบไม่ใช่หรือไม่ตอบให้ 0 คะแนนและตอบใช่ ให้ 1 คะแนน พิจารณาจำแนกของแบบทดสอบรายข้อ โดยตัวแปรข้อคำถามใดมีค่าสหสัมพันธ์ จากการคำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป พบว่า แบบทดสอบมีค่า KR20 ทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.34-0.72 และค่าความยากง่ายรายข้อตั้งแต่ 0.45-0.69 ถือว่าข้อคำถามนั้นจำแนกและสามารถนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

3.ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง และแบบสอบถามความเครียดของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยการนำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องและเหมาะสมแล้ว นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย แล้วนำผลของข้อมูลมาวิเคราะห์พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และ 0.82 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ความเครียด ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง และความพึงพอใจต่อรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ด้วยสถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ค่า e- GFR ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ก่อนและหลังดำเนินการ ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ Paired t-test ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions Check) คือ (1)ระดับการวัด (Level of Measurement) ข้อมูลต้องเป็นเชิงปริมาณ (Interval/Ratio Scale) ซึ่งคะแนนความรู้ พฤติกรรม และค่า eGFR ผ่านเกณฑ์ (2) ความอิสระของข้อมูล (Independence): ผู้ป่วยแต่ละรายต้องไม่มีความเกี่ยวข้องกัน (3) การแจกแจงแบบปกติ (Normality): "ผลต่าง" (Difference) ของคะแนนก่อนและหลังในแต่ละตัวแปร จะต้องมีการแจกแจงแบบปกติ โดยวิธีสร้างตัวแปรใหม่ (เช่น Diff_eGFR = eGFR_Post - eGFR_Pre) แล้วนำค่าผลต่างนี้ไปทดสอบด้วย Shapiro-Wilk Test

4.การวิเคราะห์ข้อมูลคำถามปลายเปิดจากข้อเสนอแนะของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง สร้างข้อสรุปจากการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยได้ผ่านการเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่รับรอง 30 มกราคม 25678 วันหมดอายุ 29 มกราคม 2569 เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 01.040

ผลการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 บริบท พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ความเครียด และความต้องการของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 399 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.13 เพศชาย ร้อยละ 44.87 ซึ่งก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 82.70 รองลงมาคือโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 15.78 และโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 1.52 ตามลำดับ โดยมีโรคร่วมที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไต พบว่า ก่อนการเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.88 รองลงมาคือ มีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 41.10 และ ระดับความรู้น้อย ร้อยละ 5.02 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.26 มีคะแนนมากที่สุด เท่ากับ 20 คะแนน คะแนนน้อยที่สุดเท่ากับ 9 คะแนน

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ก่อนการเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการควบคุมอาหารเค็ม

4. ความเครียด พบว่า ก่อนการเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

5. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม ที่เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพ

การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาและประเมินรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผลการประเมินรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยกระบวนการจัดการความรู้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 15 คน พบว่า โดยภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด (mean= 4.67, **SD.** = 0.50) มีความเป็นไปได้ ในระดับมาก (mean= 4.39, SD. = 0.648) และมีความเป็นประโยชน์ในระดับมากที่สุด (mean= 4.78**,** SD.= 0**.**418) ซึ่งทุกองค์ประกอบของรูปแบบได้รับการยอมรับว่าสอดคล้องกับบริบทพื้นที่และสามารถนำไปใช้ได้จริง

การวิจัยระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ก่อนและหลังการเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความรู้แตกต่างกันโดยที่หลังการพัฒนารูปแบบมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนารูปแบบฯ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังเข้าร่วมค่ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมค่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ,ค่า eGFR หลังเข้าร่วมค่ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมค่าย แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิผลของรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	n	mean±SD	Mean differences	95%CI	p
ความรู้เกี่ยวกับโรคไต					
ก่อนการพัฒนา	399	12.45 ±2.10	4.25	4.05, 4.45	<0.001
หลังการพัฒนา	399	16.70 ±1.85			
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง					
ก่อนการพัฒนา	399	58.30 ±6.45	9.85	9.25,10.45	<0.001
หลังการพัฒนา	399	68.15 ±5.90			
ค่า eGFR					
ก่อนการพัฒนา	399	38.20 ±7.80	3.10	2.03, 4.17	<0.05
หลังการพัฒนา	399	41.30 ±7.60			

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 บริบท พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ความเครียด และความต้องการของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานีพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.13 ส่วนใหญ่อยู่ในระยะโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 82.70 โดยมีโรคร่วมที่สำคัญได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มี ความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.88 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการควบคุมอาหารเค็ม และมีความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม ที่เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพ

การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาและประเมินรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผลการประเมินรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยกระบวนการจัดการความรู้ โดยภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด มีความเป็นไปได้ ในระดับมาก และมีความเป็นประโยชน์ในระดับมากที่สุด ซึ่งทุกองค์ประกอบของรูปแบบได้รับการยอมรับว่าสอดคล้องกับบริบทพื้นที่และสามารถนำไปใช้ได้จริง

การวิจัยระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ก่อนและหลังการเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความรู้แตกต่างกันโดยที่หลังการพัฒนารูปแบบมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนารูปแบบฯ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังเข้าร่วมค่ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมค่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) , ค่า eGFR หลังเข้าร่วมค่ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมค่าย แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยระยะที่ 1 สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในพื้นที่อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ยังมีข้อจำกัดด้านความรู้และพฤติกรรม

การดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตและการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งระบุว่า ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการควบคุมโรคและการชะลอการดำเนินของโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคไตวายเรื้อรังซึ่งต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน [14] การที่ผู้ป่วยยังขาดความรู้ในประเด็นสำคัญ เช่น การควบคุมอาหาร การจำกัดโซเดียม การใช้ยาอย่างเหมาะสม และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้โรคไตมีการดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ricardo et al.[(15)] พบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีความรู้และทักษะการดูแลตนเองต่ำ มีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนและเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเร็วกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เพียงพอ นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่าผู้ป่วยมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งสะท้อนถึงผลกระทบทางจิตใจจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความกังวลต่อการดำเนินของโรค ภาระค่าใช้จ่าย และข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Park et al.[9] พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการลดลงของพฤติกรรมการดูแลตนเองและการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจึงควรให้ความสำคัญกับการดูแลด้านสุขภาพจิตควบคู่กับการเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านการดูแลสุขภาพกาย

ผลการวิจัยระยะที่ 2 พบว่า รูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยกระบวนการจัดการความรู้ที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ในระดับมากถึงมากที่สุด ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้จากแนวคิดการจัดการความรู้ ซึ่งเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ และการสร้างองค์ความรู้ร่วมกัน [16] กระบวนการดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยไม่เพียงได้รับความรู้เชิงทฤษฎี แต่ยังสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง นอกจากนี้ รูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพยังช่วยเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม ผ่านการทำกิจกรรมกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura [17] ที่ระบุว่าการเรียนรู้จากแบบอย่างและการได้รับแรงเสริมจากสังคมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการวิจัยระยะที่ 3 ยืนยันว่า รูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งส่งผลให้ตัวชี้วัดด้านสุขภาพมีแนวโน้มดีขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีบทบาทสำคัญในกระบวนการเรียนรู้ ผ่านการคิด วิเคราะห์ และลงมือปฏิบัติจริง[18] ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่าง active ในกระบวนการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดความตระหนักรู้ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในระยะยาว ผลการวิจัยนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าการบูรณาการกระบวนการจัดการความรู้ร่วมกับกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระดับชุมชน

กล่าวโดยสรุปการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดว่าการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ครอบคลุมทั้งมิติด้านความรู้ พฤติกรรม และสุขภาพจิต สามารถช่วยชะลอการดำเนินของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดภาระต่อระบบบริการสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม

จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้ คือ การประเมินผลที่ครอบคลุมหลายมิติ ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกจากค่า eGFR ซึ่งสะท้อนผลลัพธ์เชิงองค์รวมของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การใช้ตัวชี้วัดทางคลินิกที่เป็นข้อมูลเชิงวัตถุประสงค์ร่วมกับการประเมินเชิงพฤติกรรม ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

จุดด้อยของการวิจัยครั้งนี้ คือ การไม่มีกลุ่มควบคุมในการศึกษา ทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนภายนอกได้อย่างสมบูรณ์ และจำกัดความสามารถในการอธิบายความเป็นเหตุเป็นผลของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง นอกจากนี้การประเมินพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบสอบถามรายงานด้วยตนเอง อาจก่อให้เกิดอคติในการตอบแบบสอบถามหรือการตอบตามความคาดหวังทางสังคม ส่งผลให้ค่าที่ได้อาจสูงกว่าความเป็นจริง อีกทั้งการประเมินผลในระยะสั้นหลังการเข้าร่วมค่ายอาจไม่สะท้อนความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงของค่า eGFR ในระยะยาว สุดท้าย

ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ในอำเภอเขื่องในอย่างมีนัยสำคัญ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับบริบทชนบทที่ต้องพึ่งพาตนเองและครอบครัวเป็นหลัก นอกจากนี้ ค่า eGFR หลังการเข้าร่วมค่ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แสดงถึงศักยภาพของรูปแบบในการชะลอการเสื่อมของไต ผลลัพธ์ดังกล่าวช่วยลดความเสี่ยงต่อการเข้าสู่ระยะไตวายระยะสุดท้าย ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และสนับสนุนการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระดับอำเภออย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. หน่วยบริการสุขภาพควรนำรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคไตหรือคลินิกโรคเรื้อรังในระดับอำเภอ
2. ควรบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพจิตเข้าไปในโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังอย่างเป็นระบบ
3. ควรมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและการชะลอการเสื่อมของไต

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์ของบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งไม่อาจนำมากล่าวได้ทั้งหมด ผู้มีพระคุณที่ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณอย่างยิ่ง คือ ดร.นพ.สาโรช สมชอบ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา และ ดร.วิโรจน์ เซมรัมย์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยตลอดมา พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือด้านวิจัยและให้คำแนะนำตลอดจนให้คำปรึกษาในแง่คิดต่างๆ จากประสบการณ์ ในการทำงานของท่าน และนางวิภาภรณ์ สิงห์ทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเขื่องใน นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ทุกท่านที่ ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่พึงมีจากวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้บูรพาจารย์ที่ได้ให้การศึกษาและผู้มีพระคุณแก่ผู้วิจัย ตลอดจนนักวิชาการสาขาต่างๆ ที่ผู้วิจัยอ้างอิงดังปรากฏในวิทยานิพนธ์นี้ ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2023). Chronic kidney disease: Global epidemiology and burden. Geneva: WHO.
2. กรมการแพทย์.(2566). สถานการณ์โรคไตเรื้อรังของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2567). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2567). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สปสช.
5. กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ.(2567). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคไตเรื้อรัง จังหวัดอุบลราชธานี, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
6. สุขุม กาญจนพิมาย.(2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2565; 40(1): 89–102.
7. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ.(2563). คู่มือการจัดการความรู้ในหน่วยงานภาครัฐ. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ก.พ.ร.
8. .World Health Organization.(2022). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva: WHO.
9. Park HC, Yoon HB, Son MJ.(2021). Depression and anxiety in patients with chronic kidney disease. Kidney Research and Clinical Practice. 2021; 40(2): 193–201.
10. กรมสุขภาพจิต.(2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
11. Phromphithak S, Peltzer K.(2020). Social support and health outcomes among patients with chronic illness. Journal of Public Health and Development.2020; 18(3): 12–25.
12. จุฑามาศ ศรีประเสริฐ.(2564). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2564; 30(2): 45–58.
13. ชัยนิตย์ อินงาม.(2553). การพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2553; 28(3): 23–35.
14. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A.(2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. Health Affairs. 2001; 20(6): 64–78.
15. Ricardo AC, Anderson CA, Yang W, Zhang X, Fischer MJ, Dember LM, et al.(2015). Healthy lifestyle and risk of kidney disease progression. American Journal of Kidney Diseases. 2015; 65(3): 412–424.
16. Nonaka I, Takeuchi H.(1995). The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation. New York: Oxford University Press.
17. Bandura A.(1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
18. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA.(2015). The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development. 8th ed. London: Routledge.

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัยอายุ 3–5 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการในชุมชนให้เข้าถึงบริการในรูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการ โรงพยาบาลเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

Developing a model for empowering at-risk early childhood children aged 3-5 years in the community to access services in the form of developmental camps, Khuang Nai Hospital, Ubon Ratchathani Province

(Received: March 6,2026 ; Revised: March 11,2026 ; Accepted: March 17,2026)

นฤมล หลักรัตน์[1]
Narumon Lukrat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการพัฒนารูปแบบ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการ จำนวน 50 คน และผู้ปกครอง ดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์และความต้องการ 2) การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ และ 3) การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองพัฒนาการ แบบสอบถามความพึงพอใจและแบบประเมินผลลัพธ์ด้านพัฒนาการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) เด็กปฐมวัยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความเสี่ยงด้านพัฒนาการอย่างน้อย 1 ด้าน โดยด้านที่พบความเสี่ยงมากที่สุดคือด้านภาษาและการสื่อสาร ในขณะที่ผู้ปกครองประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง จึงมีความต้องการรูปแบบบริการเชิงรุกที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2) รูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัยอายุ 3–5 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการในชุมชน ประกอบด้วย (1) การปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์สู่การบริการเชิงรุก: เพื่อแก้ปัญหาอุปสรรคที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมพัฒนาการได้อย่างต่อเนื่อง รูปแบบบริการจึงต้องมุ่งเน้นการเข้าหาผู้รับบริการมากกว่าการตั้งรับในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว (2) การสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของสถาบันครอบครัว: รูปแบบบริการจำเป็นต้องถูกออกแบบให้มีความยืดหยุ่นและเอื้อต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลสามารถบูรณาการการส่งเสริมพัฒนาการเข้ากับวิถีชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ(3) การมุ่งเน้นการจัดการความเสี่ยงตามลำดับความสำคัญ: โดยให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกกับด้านภาษาและการสื่อสาร ซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด พร้อมทั้งครอบคลุมไปถึงการพัฒนาด้านสังคม อารมณ์ และจิตใจ เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของพัฒนาการในทุกมิติ และ 3)ค่ายส่งเสริมพัฒนาการช่วยให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านภาษาและการสื่อสาร รวมถึงด้านสังคม อารมณ์ และจิตใจ ขณะเดียวกันผู้ปกครองมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : เด็กปฐมวัย, กลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการ, การสร้างเสริมศักยภาพ, ค่ายส่งเสริมพัฒนาการ

Abstract

This participatory action research (PAR) was conducted in three phases: (1) Situation and needs assessment; (2) Model development and implementation; and (3) Evaluation and refinement. The sample consisted of 50 at-risk preschoolers and their caregivers. Data were collected using standardized developmental screening tools, satisfaction questionnaires, and developmental outcome assessments. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics, while qualitative data underwent content analysis.

Results: The situational analysis revealed that all sampled children exhibited developmental risks in at least one domain, with language and communication being the most prevalent. Caregivers identified

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

barriers to service accessibility and expressed a need for proactive, participatory interventions. The developed model, "Empowering At-Risk Preschoolers (Ages 3–5)," comprises three key strategies: (1) Shifting to proactive community-based services to overcome accessibility barriers; (2) Strengthening family participation by integrating developmental promotion into daily routines; and (3) Prioritizing risk management, specifically targeting language and communication alongside socio-emotional dimensions. Post-intervention results demonstrated significant improvements across all developmental domains ($p < .05$), particularly in language and social skills. Furthermore, caregivers reported the highest level of satisfaction, citing increased accessibility, enhanced knowledge, and improved confidence in supporting their children's development at home. Conclusion: The proactive, family-centered community camp model effectively mitigates developmental risks in preschoolers.

Keywords: Preschoolers, At-risk development, Capacity building, Developmental promotion camp, Proactive service.

บทนำ

การพัฒนาเด็กปฐมวัยถือเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และการพัฒนาประเทศในระยะยาว เด็กในช่วงอายุ 3–5 ปี เป็นช่วงวัยที่มีการพัฒนาสมองและพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ สังคม และสติปัญญาอย่างรวดเร็ว งานวิจัยด้านประสาทพัฒนาการชี้ให้เห็นว่า มากกว่าร้อยละ 80 ของการพัฒนาสมองเกิดขึ้นในช่วงปฐมวัย หากเด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม จะช่วยเสริมสร้างศักยภาพการเรียนรู้ สุขภาวะ และคุณภาพชีวิตในระยะยาว[1] ซึ่งสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยของประเทศไทยยังคงเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จากรายงานสถานการณ์เด็กปฐมวัยของกรมอนามัย พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 เด็กปฐมวัยอายุ 0–5 ปี มีพัฒนาการสมวัยเพียงร้อยละ 85.6 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ และยังพบว่าเด็กปฐมวัยประมาณร้อยละ 14–15 จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการ โดยเฉพาะด้านภาษาและการสื่อสาร [2] สำหรับบริบทระดับพื้นที่ รายงานระบบข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัดอุบลราชธานี ระบุว่า เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐานยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย และมีเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ไม่สามารถเข้าสู่ระบบบริการส่งเสริมพัฒนาการได้อย่างต่อเนื่อง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยและพัฒนาของโรงพยาบาลเชื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี สามารถชี้ให้เห็นถึงช่องว่างงานวิจัย (Research Gap) และเหตุผลความจำเป็นในการดำเนินโครงการได้อย่างเป็นระบบ กล่าวคือ ช่องว่างงานวิจัยและการสร้างนวัตกรรมบริการเชิงรุกเพื่อเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงการพัฒนาเด็กปฐมวัยคือรากฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศ แต่สถานการณ์ในปัจจุบันกลับพบว่าเด็กไทยอายุ 3–5 ปี มีพัฒนาการสมวัยต่ำกว่าเกณฑ์ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงด้านพัฒนาการซึ่งมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 14–15 แม้จะมีระบบการคัดกรองมาตรฐาน แต่จากการศึกษาพบ ช่องว่างงานวิจัย (Research Gap) ที่สำคัญในมิติด้านการเข้าถึงบริการและรูปแบบการจัดการเชิงรุก โดยเฉพาะในบริบทชุมชนชนบทอย่างอำเภอเชื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ช่องว่างประการแรก คือ ความล้มเหลวของรูปแบบบริการแบบ "ตั้งรับ" (Passive Service) ภายในสถานพยาบาล งานวิจัยชี้ให้เห็นว่าระบบเดิมไม่สามารถรักษาความต่อเนื่องในการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงได้ เนื่องจากอุปสรรคเชิงโครงสร้าง ทั้งด้านระยะทางการเดินทาง และความไม่พร้อมทางเศรษฐกิจของครอบครัว ช่องว่างประการต่อมา คือปัญหาด้านศักยภาพของผู้ปกครอง (Caregiver Empowerment Gap) ซึ่งส่วนใหญ่ขาดทักษะและความมั่นใจในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วยตนเองที่บ้าน ทำให้การส่งเสริมพัฒนาการจำกัดอยู่เพียงแค่ในช่วงที่มาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น สาเหตุหลักของช่องว่างดังกล่าว เกิดจากการที่รูปแบบบริการสุขภาพในปัจจุบันยังขาดความยืดหยุ่นและไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน ส่งผลให้เด็กที่มีความเสี่ยง

โดยเฉพาะในด้านภาษาและการสื่อสารซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด ไม่ได้รับการกระตุ้นอย่างทันท่วงที นอกจากนี้ยังขาดนวัตกรรมเชิงปฏิบัติการที่สามารถบูรณาการความรู้ทางวิชาการเข้ากับการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม

ด้วยเหตุนี้การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งปิดช่องว่างดังกล่าวด้วยการพัฒนารูปแบบ "ค่ายส่งเสริมพัฒนาการ" (The Developmental Camp Model) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการรอรับบริการในโรงพยาบาล สู่การบริการเชิงรุกในชุมชนที่ใช้การเรียนรู้ผ่านการเล่น (Play-based Learning) เป็นตัวขับเคลื่อน นวัตกรรมนี้ไม่เพียงแต่ช่วยทลายกำแพงอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการ แต่ยังทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการเสริมพลัง (Empowerment) ให้ผู้ปกครองเปลี่ยนบทบาทจากผู้รับบริการสู่การเป็น "ผู้นำการเปลี่ยนแปลง" ที่สามารถส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลานในชีวิตประจำวันได้อย่างยั่งยืน ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพให้กับเด็กปฐมวัยในพื้นที่อย่างแท้จริง จากสาเหตุและข้อจำกัดด้านการเดินทาง ความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการ และรูปแบบบริการที่ยังไม่เอื้อต่อการเข้าถึงของครอบครัวในชุมชนชนบท[3] ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบบริการเชิงรุกที่สามารถเข้าถึงเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการพัฒนารูปแบบบริการที่บูรณาการการดูแลเด็กแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งมิติด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลชุมชนในฐานะหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ มีบทบาทสำคัญในการค้นหา คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย รวมทั้งเป็นศูนย์กลางในการประสานเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่

การจัดกิจกรรมในรูปแบบ “ค่ายส่งเสริมพัฒนาการ” จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว เนื่องจากเป็นรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านการเล่น การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาเด็กปฐมวัยแบบองค์รวม และแนวคิดการเสริมพลังครอบครัว โดยรูปแบบค่ายสามารถช่วยลดอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการ เพิ่มโอกาสในการคัดกรองและติดตามพัฒนาการเด็กอย่างใกล้ชิด และเสริมสร้างทักษะให้ผู้ปกครองสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง[4] จากแนวคิดและสถานการณ์ดังกล่าว การวิจัยนี้จึงพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยโดยเชื่อมโยงปัจจัยนำเข้า ได้แก่ เด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยง ผู้ปกครอง ทีมสหวิชาชีพ และบริบทชุมชน เข้ากับกระบวนการพัฒนาในรูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ สังคม และสติปัญญา ภายใต้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยคาดหวังผลลัพธ์คือการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมพัฒนาการ พัฒนาศักยภาพเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการสมวัย และเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชนในการดูแลเด็กอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ พัฒนารูปแบบ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และความต้องการระยะนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก

1) การทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย การ

เข้าถึงบริการสุขภาพ และรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการ

2) การคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3–5 ปี ด้วยเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการมาตรฐานที่ใช้ในระบบบริการสาธารณสุข

3) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ปกครองและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อสะท้อนปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการเข้าถึงบริการส่งเสริมพัฒนาการ

ข้อมูลเชิงปริมาณในระยะนี้นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบในระยะถัดไป

ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ ระยะนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัยในรูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการ โดยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาใช้เป็นฐานข้อมูลในการออกแบบกิจกรรม ภายใต้แนวคิดการพัฒนาเด็กแบบองค์รวม (Holistic Child Development) ครอบคลุมพัฒนาการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคม และด้านสติปัญญา รวมทั้งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและทีมสหวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างในระยะนี้ ได้แก่ เด็กปฐมวัยอายุ 3–5 ปี ที่ผ่านการคัดกรองและจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการ จำนวน 50 คน และผู้ปกครองดำเนินกิจกรรมค่ายส่งเสริมพัฒนาการตามแผนที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือวิจัยที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อรูปแบบกิจกรรม และแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมเด็กระหว่างกิจกรรม เครื่องมือวิจัยทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านพัฒนาการเด็กและสาธารณสุข จำนวน 5 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.80-1.00 ตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทางวิชาการ

ระยะที่ 3 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ ระยะนี้เป็นการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัย โดยเปรียบเทียบผลพัฒนาการเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมค่ายส่งเสริมพัฒนาการ รวมทั้งประเมินการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจของผู้ปกครอง ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานที่เหมาะสม เช่น การทดสอบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการเด็ก ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสะท้อนความคิดเห็นของผู้ปกครองและทีมผู้จัดกิจกรรม วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และความต้องการ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1) แบบคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ใช้สำหรับคัดกรองเด็กปฐมวัยอายุ 3–5 ปี เพื่อระบุเด็กที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการ ครอบคลุมพัฒนาการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคม และด้านสติปัญญา ตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการเข้าถึงบริการของผู้ปกครองใช้เก็บข้อมูลพื้นฐานของเด็กและครอบครัว รวมถึงรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการส่งเสริมพัฒนาการ อุปสรรคและความต้องการของผู้ปกครอง

3) แนวคำถามสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ในการสัมภาษณ์หรือการสนทนากลุ่มกับผู้ปกครองและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อสะท้อนมุมมองเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ ระยะนี้เป็นการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัยในรูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

1) ชุดกิจกรรมค่ายส่งเสริมพัฒนาการ เป็นเครื่องมือหลักในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยแผนกิจกรรมที่ออกแบบตามแนวคิดการพัฒนาเด็กแบบองค์รวม ครอบคลุมพัฒนาการ 4 ด้าน พร้อมแนวทางการดำเนินกิจกรรม การใช้สื่อ และบทบาทของผู้ปกครองและทีมสหวิชาชีพ

2) แบบประเมินพัฒนาการเด็กระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้ประเมินพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมของเด็กระหว่างกิจกรรมค่าย เพื่อสะท้อนการตอบสนองต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3) แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมเด็กและการดำเนินกิจกรรม ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมเด็ก ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและปัจจัยที่เอื้อต่อหรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในชุดกิจกรรมค่ายส่งเสริมพัฒนาการและได้นำไปตรวจความตรงเชิงเนื้อหา พิจารณาความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหาภาษา และความชัดเจนของภาษา โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน พบว่าได้ค่า IOC รายข้อตั้งแต่ 0.80-1.00

2) ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องและเหมาะสมแล้ว นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย ได้ พบว่าแบบประเมินผลลัพธ์ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองค่าความเชื่อมั่นทั้งบับ เท่ากับ 0.87 และ 0.82 ตามลำดับ

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ เป็นการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบและปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1) แบบประเมินผลลัพธ์ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ใช้ประเมินพัฒนาการเด็กก่อนและหลังการเข้าร่วมค่ายส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านพัฒนาการในแต่ละด้าน

2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อรูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการใช้ประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อรูปแบบ กระบวนการและประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรม

3) แนวคำถามการสะท้อนผลและข้อเสนอแนะใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ปกครองและทีมสหวิชาชีพ เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน จุดเด่น ข้อจำกัด และแนวทางการปรับปรุงรูปแบบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล รูปแบบการจัดค่ายส่งเสริมพัฒนาการเชิงปฏิบัติ (The Developmental Camp Model) การดำเนินงานแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ที่ต่อเนื่องกันเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

1) การเตรียมการและการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Pre-Camp Phase) ขั้นตอนนี้เน้นการค้นหาเด็กที่มีปัญหาเพื่อเข้าสู่ระบบบริการโดยการจัดกิจกรรม (1) การคัดกรองเชิงรุก: ใช้แบบคัดกรองมาตรฐานประเมินเด็กอายุ 3–5 ปีในชุมชน เพื่อระบุเด็กกลุ่มเสี่ยงใน 4 ด้านหลัก (ร่างกาย, อารมณ์-จิตใจ, สังคม, สติปัญญา) (2) เคราะห์ปัญหาเฉพาะราย: ระบุความเสี่ยงที่พบบ่อย เช่น ด้านภาษาและการสื่อสารเพื่อเตรียมสื่อการสอนให้ตรงจุด และ(3) ประสานทีมสหวิชาชีพ: เตรียมบุคลากรสาธารณสุขและเตรียมความพร้อมผู้ปกครองเพื่อลดอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการ

2) การดำเนินการค่ายส่งเสริมพัฒนาการ (Camp Implementation Phase) จัดกิจกรรม

ในรูปแบบฐานการเรียนรู้ที่เน้น "การเรียนรู้ผ่านการเล่น" (Play-based Learning) โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ จัด 4 ฐานกิจกรรมหลัก **ฐานด้านภาษา** การเล่านิทาน ร้องเพลง และบทบาทสมมติเพื่อกระตุ้นการสื่อสาร **ฐานด้านสังคม** กิจกรรมกลุ่มที่เน้นการเล่นร่วมกัน การแบ่งปัน และการรอคอย **ฐานด้านอารมณ์** กิจกรรมสร้างสรรค์ที่ให้เด็กกล้าแสดงออกและมีความสุข **ฐานด้านร่างกาย** การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ผ่านเครื่องเล่นหรืออุปกรณ์ ประกอบด้วย

(1) การเสริมพลังผู้ปกครอง (Parental Empowerment) ให้ผู้ปกครองร่วมอยู่ในทุกกิจกรรม เพื่อเรียนรู้เทคนิคการกระตุ้นพัฒนาการและนำไปใช้ต่อที่บ้าน และ (2) การสังเกตเชิงคุณภาพ ทีมงานบันทึกพฤติกรรมและความสนใจของเด็กระหว่างทำกิจกรรม

3) การประเมินและติดตามผล (Post-Camp & Follow-up Phase) ขั้นตอนการวัดความสำเร็จเพื่อให้แน่ใจว่าเด็กได้รับการพัฒนาจริง ประเมินผลหลังเข้าค่าย: เปรียบเทียบคะแนนพัฒนาการก่อนและหลังเข้าร่วม (ซึ่งพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน) ประเมินความพึงพอใจ: สอบถามผู้ปกครองเพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบบริการให้สะดวกและเข้าถึงง่ายขึ้น และวางแผนดูแลต่อเนื่อง: เชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเฝ้าระวังและติดตามพัฒนาการเด็กในระยะยาว ป้องกันการกลับไปสู่ภาวะเสี่ยง

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงอนุมานที่เหมาะสมกับลักษณะข้อมูล เช่น การทดสอบค่าทีแบบจับคู่ (Paired t-test) หรือสถิติที่ไม่อิงการแจกแจง ในกรณีที่ข้อมูลไม่เป็นไปตามสมมติฐานทางสถิติ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัย

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสะท้อนความคิดเห็นของผู้ปกครอง การบันทึกการสังเกตพฤติกรรมเด็กระหว่างกิจกรรม และข้อเสนอแนะจากทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี วันที่รับรอง 27 ธันวาคม 2557 และวันหมดอายุ 26 ธันวาคม 2568 เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB12.033

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3–5 ปี จำนวน 50 คน พบว่าเด็ก ทุกคนจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการอย่างน้อย 1 ด้าน โดยด้านที่พบความเสี่ยงมากที่สุดคือ ด้านภาษาและการสื่อสาร รองลงมาคือ ด้านสังคมและอารมณ์

2. ผลการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการ ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของเด็กปฐมวัยระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมค่ายส่งเสริมพัฒนาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากโดยค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.42

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

3.1 การเปรียบเทียบพัฒนาการเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมค่ายพบว่า ผลการเปรียบเทียบคะแนนพัฒนาการเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการเข้าร่วมค่ายส่งเสริมพัฒนาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพัฒนาการเพิ่มขึ้นทุกด้าน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการเข้าร่วมค่ายส่งเสริมพัฒนาการเป็นรายด้านและโดยรวม (n=50)

ตัวแปร	n	mean±SD	Mean differences	95%CI	p
พัฒนาการเด็กปฐมวัย					
ด้านภาษาและการสื่อสาร					
ก่อนการพัฒนา	50	12.10 ± 1.85	3.40	2.71, 4.09	<0.001
หลังการพัฒนา	50	15.50 ± 1.60			
ด้านสังคม					
ก่อนการพัฒนา	50	13.00 ± 1.70	3.20	2.57, 3.83	<0.001
หลังการพัฒนา	50	16.20 ± 1.50			
ด้านอารมณ์และจิตใจ					
ก่อนการพัฒนา	50	12.80 ± 1.65	3.00	2.36, 3.64	<0.001
หลังการพัฒนา	50	15.80 ± 1.55			
ด้านสติปัญญา					
ก่อนการพัฒนา	50	11.90 ± 1.90	3.60	2.89, 4.31	<0.001
หลังการพัฒนา	50	15.50 ± 1.70			
ด้านร่างกาย					
ก่อนการพัฒนา	50	13.50 ± 1.60	2.80	2.20, 3.40	<0.001
หลังการพัฒนา	50	16.30 ± 1.45			
โดยรวม					
ก่อนการพัฒนา	50	63.30 ± 6.40	16.00	13.19,18.41	<0.001
หลังการพัฒนา	50	79.30 ± 5.80			

3.2 ระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อรูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อรูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการ พบว่าความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (mean= 4.56, SD = 0.41)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์และระยะของการวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่า เด็กปฐมวัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความเสี่ยงด้านพัฒนาการอย่างน้อย 1 ด้าน โดยด้านที่พบความเสี่ยงมากที่สุดคือ ด้านภาษาและการสื่อสาร รองลงมาคือ ด้านสังคม และด้านอารมณ์และจิตใจ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสำคัญของเด็กปฐมวัยในชุมชนชนบท ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยของประเทศไทยที่ระบุว่า เด็กปฐมวัยยังมีความเสี่ยงด้านภาษาและการสื่อสารในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคม[2]นอกจากนี้ ผลการศึกษาความต้องการของผู้ปกครองพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากข้อจำกัดด้านเวลา การเดินทาง และความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ระบุว่า อุปสรรคเชิงโครงสร้างและปัจจัยด้านครอบครัวมีผลต่อการใช้บริการด้านสุขภาพและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก[1] นอกจากนี้ ผลการศึกษาความต้องการของผู้ปกครองพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากข้อจำกัดด้านเวลา การเดินทาง และความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Health Service Accessibility) ที่ระบุว่า อุปสรรคเชิงโครงสร้าง เช่น ระยะทาง สภาพภูมิ

ประเทศ และรูปแบบบริการ รวมถึงปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ล้วนมีผลต่อการใช้บริการด้านสุขภาพและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก[5]

2. ผลการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ พบว่า รูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการที่พัฒนาขึ้นสามารถกระตุ้นการมีส่วนร่วมของเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองได้ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับพัฒนาการตามช่วงวัย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ผ่านการเล่น (play-based learning) และการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาเด็กปฐมวัยแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ สังคม และสติปัญญา ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ระบุว่า เด็กจะเรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อได้ลงมือปฏิบัติจริงผ่านกิจกรรมที่มีความหมายและเหมาะสมกับวัย รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้[6] งานวิจัยของนักวิชาการในประเทศไทยด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยยังพบว่า การจัดกิจกรรมรูปแบบค่ายหรือฐานการเรียนรู้ที่เน้นการเล่นอย่างมีเป้าหมายสามารถช่วยกระตุ้นการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพเด็กกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในชุมชนชนบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร[1] ในระดับนานาชาติ พบรายงานของ UNICEF ที่ระบุว่า play-based learning เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาเด็กปฐมวัย เนื่องจากช่วยส่งเสริมการคิด การสื่อสาร การควบคุมอารมณ์ และทักษะทางสังคม พร้อมทั้งลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำด้านพัฒนาการในเด็กจากครอบครัวที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคม[7)]ขณะเดียวกัน World Health Organization ได้เน้นย้ำว่า โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ จะช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการพัฒนาเด็กปฐมวัย และส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลเด็กในบริบทครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในกิจกรรมค่ายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังครอบครัว (Family Empowerment) ที่ระบุว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการพัฒนาเด็กปฐมวัย และการเสริมสร้างศักยภาพผู้ปกครองจะช่วยให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในชีวิตประจำวัน งานวิจัยของนักวิชาการในประเทศไทยด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชนพบว่า ผู้ปกครองที่ได้รับการเสริมพลังผ่านกิจกรรมกลุ่มและการเรียนรู้ร่วมกับเด็ก จะมีความมั่นใจในการดูแลเด็กมากขึ้น และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้จริง ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้นในระยะต่อเนื่อง[8] สอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศที่ชี้ว่า โปรแกรมที่ยึดหลัก family-centered care และ parental involvement ให้ผลลัพธ์ด้านพัฒนาการเด็กดีกว่ารูปแบบบริการที่มุ่งเน้นเฉพาะตัวเด็กเพียงอย่างเดียว[9] ดังนั้น ผลการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบในครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการที่เน้นการเรียนรู้ผ่านการเล่นและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง เป็นรูปแบบบริการเชิงรุกที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน และสามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ พบว่า หลังการเข้าร่วมค่ายส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะด้านภาษาและการสื่อสาร รวมถึงด้านสังคมและด้านอารมณ์และจิตใจ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการที่ออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับพัฒนาการตามช่วงวัย และบริบทของเด็กในชุมชนชนบทการที่พัฒนาการด้านภาษาและการสื่อสารมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเด่นชัด อาจอธิบายได้จากลักษณะของกิจกรรมค่ายที่เน้นการสื่อสารสองทาง การทำกิจกรรมกลุ่ม การเล่า

นิทาน การร้องเพลง และการเล่นบทบาทสมมติ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มโอกาสในการใช้ภาษาในสถานการณ์จริง และส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุก ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวทางของ World Health Organization ที่ระบุว่า โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีการกระตุ้นด้านภาษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะช่วยลดความเสี่ยงด้านพัฒนาการและเพิ่มโอกาสในการมีพัฒนาการสมวัยในระยะยาว[1] ในด้านพัฒนาการทางสังคมและอารมณ์และจิตใจ การที่เด็กมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องมาจากกิจกรรมค่ายเปิดโอกาสให้เด็กได้มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน การเรียนรู้การอยู่ร่วมกัน การรอคอย การแบ่งปัน และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานของการดำรงชีวิตในสังคม งานวิจัยของ UNICEF ระบุว่า การเรียนรู้ผ่านการเล่นและกิจกรรมกลุ่ม เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาทักษะทางสังคมและการควบคุมอารมณ์ของเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะในเด็กที่อยู่ในครอบครัวและชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร[(4)] นอกจากนี้ งานวิจัยระดับนานาชาติของ Britto และคณะ[9] พบว่า โปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และบูรณาการกิจกรรมด้านภาษา สังคม และอารมณ์ สามารถช่วยพัฒนาเด็กได้อย่างครอบคลุม และลดความเหลื่อมล้ำด้านพัฒนาการในระยะยาว [9]ขณะที่การทบทวนวรรณกรรมของ Black และคณะ ชี้ให้เห็นว่า การลงทุนด้านโปรแกรมพัฒนาเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 3–5 ปี ให้ผลลัพธ์เชิงบวกต่อพัฒนาการและความพร้อมทางการเรียนของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนในบริบทของประเทศไทย งานวิจัยของกรมอนามัยและนักวิชาการด้านสุขภาพเด็กปฐมวัย พบว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กในรูปแบบกลุ่มหรือค่าย ที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมีการติดตามผล สามารถช่วยเพิ่มสัดส่วนเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย และลดจำนวนเด็กกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ[10]

นอกจากนี้ ระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อรูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการอยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม ทั้งในด้านความสะดวกในการเข้าถึงบริการ การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และประโยชน์ที่เด็กได้รับ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) ที่เน้นการออกแบบบริการให้ใกล้ชิดประชาชน ลดอุปสรรคด้านเวลาและการเดินทาง และตอบสนองต่อบริบทพื้นที่ ซึ่งจะช่วยเพิ่มการใช้บริการและความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ดังนั้น ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในครั้งนี้จึงยืนยันว่ารูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการเป็นรูปแบบบริการเชิงรุกที่มีประสิทธิผล สามารถพัฒนาเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการได้อย่างรอบด้าน และเหมาะสมที่จะนำไปขยายผลในระดับโรงพยาบาลชุมชนและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ[11]

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัย จุดเด่นของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีจุดเด่นสำคัญคือการใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่เป็นระบบ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริงของพื้นที่ จุดเน้นที่สำคัญคือการเปลี่ยนรูปแบบบริการจากตั้งรับเป็นการ "เชิงรุก" ในรูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งช่วยทลายกำแพงอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการในเขตชนบท เช่น ปัญหาการเดินทางและความไม่พร้อมของครอบครัว นอกจากนี้ งานวิจัยยังยึดถือแนวคิดการพัฒนาเด็กแบบองค์รวม (Holistic Development) และการเสริมพลังครอบครัว (Family Empowerment) โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและทีมสหวิชาชีพ ซึ่งพิสูจน์แล้วว่าสามารถยกระดับพัฒนาการเด็กได้จริงในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะด้านภาษาและการสื่อสารที่มีความเสี่ยงสูงสุด แต่ก็มีข้อจำกัดของการวิจัย แม้

ผลการวิจัยจะประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาการติดตามผล: การวิจัยครั้งนี้เน้นการประเมินผลสัมฤทธิ์หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมค่ายทันที จึงยังขาดข้อมูลการติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อยืนยันว่าพัฒนาการที่เพิ่มขึ้นนั้นจะมีความต่อเนื่องและยั่งยืนเพียงใดเมื่อเด็กกลับไปใช้ชีวิตตามปกติในครอบครัว และการขยายผล: ผลการวิจัยได้มาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ในบริบทของอำเภอเขื่องใน ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบท ดังนั้นความสามารถในการนำผลการวิจัยไปใช้ (Generalizability) ในบริบทที่ต่างออกไป เช่น ชุมชนเมืองที่มีวิถีชีวิตเร่งรีบ หรือพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมสูง อาจต้องมีการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม

ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้มีนัยยะต่อกลุ่มเป้าหมายในจังหวัดอุบลราชธานี กล่าวคือข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ส่งผลกระทบเชิงบวกต่อกลุ่มเป้าหมายและระบบบริการสุขภาพปฐมวัยในจังหวัดอุบลราชธานีอย่างกว้างขวาง ในมิติแรกคือการสร้างโอกาสความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ เนื่องจากข้อมูลสถานการณ์ระบุว่าเด็กปฐมวัยในจังหวัดอุบลราชธานีจำนวนมากยังเข้าไม่ถึงระบบบริการส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องจากอุปสรรคเชิงโครงสร้าง รูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการจึงทำหน้าที่เป็นแนวทางต้นแบบ (Model) ที่ช่วยปิดช่องว่างความเหลื่อมล้ำนี้ ทำให้เด็กกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ห่างไกลได้รับการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการอย่างทันท่วงที ในมิติของการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การดูแลเด็ก งานวิจัยนี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากการพึ่งพาบุคลากรสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว ไปสู่การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ "สถาบันครอบครัว" ในจังหวัดอุบลราชธานี ผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการไม่ได้เป็นเพียงผู้รับบริการ แต่กลายเป็น "ผู้นำการเปลี่ยนแปลง" (Change Agent) ที่มีทักษะและความมั่นใจในการส่งเสริมพัฒนาการลูกหลานผ่านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะส่งผลดีต่อตัวชี้วัดพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับจังหวัดตามเป้าหมายของกรมอนามัยในระยะยาว และท้ายที่สุด ข้อค้นพบนี้มีผลกระทบต่อ นโยบายสาธารณสุขระดับพื้นที่ โดยสามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Empirical Evidence) เพื่อให้หน่วยงานในระดับจังหวัดและอำเภอจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรลงสู่ชุมชนที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างตรงจุด การบูรณาการรูปแบบค่ายเข้ากับแผนงานพัฒนาเด็กปฐมวัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอุบลราชธานี จะช่วยสร้างเครือข่ายการดูแลเด็กแบบองค์รวมที่ยั่งยืน และเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของจังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย คือ 1) โรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรนำรูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้เป็นรูปแบบบริการเชิงรุก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร 2) ควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการดำเนินกิจกรรมค่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยจัดให้มีการให้ความรู้ คำแนะนำ และสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทครอบครัว เพื่อให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน 3) ทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ ควรบูรณาการการทำงานร่วมกันในการคัดกรอง เฝ้าระวัง และติดตามพัฒนาการเด็กปฐมวัย หลังสิ้นสุดกิจกรรมค่าย เพื่อป้องกันการกลับไปสู่ภาวะเสี่ยงด้านพัฒนาการในระยะยาว 4) หน่วยงานด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัดและอำเภอ ควรสนับสนุนให้มีการจัดรูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยกำหนดเป็นแนวปฏิบัติหรือกิจกรรมเสริมในแผนงานพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับพื้นที่ 5) ควรมีการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเชิงรุกด้านการส่งเสริม

พัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยเน้นพื้นที่ที่มีเด็กกลุ่มเสี่ยงสูง และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และ 6)ควรส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุข การศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลเด็กปฐมวัยแบบองค์รวมในระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป คือ 1)ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความต่อเนื่องของผลลัพธ์ด้านพัฒนาการ เด็กปฐมวัยหลังเข้าร่วมค่ายส่งเสริมพัฒนาการ 2) ควรขยายการวิจัยไปยังกลุ่มเด็กปฐมวัยในบริบทพื้นที่อื่น หรือเปรียบเทียบระหว่างชุมชนเมืองและชนบท เพื่อประเมินความเหมาะสมและความสามารถในการขยายผลของรูปแบบ 3) ควรพัฒนาการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบค่ายส่งเสริมพัฒนาการกับรูปแบบบริการอื่น ๆ ในการลดความเสี่ยงด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย และ 4) ควรศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของรูปแบบและเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์ของบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งไม่อาจนำมากล่าวได้ทั้งหมด ผู้มีพระคุณที่ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณอย่างยิ่ง คือ ดร.นพ.สาโรช สมชอบ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงาและ ดร. วิโรจน์ เซมรัมย์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยตลอดมา พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือด้านวิจัยและให้คำแนะนำตลอดจนให้คำปรึกษาในแง่คิดต่างๆ จากประสบการณ์ ในการทำงานของท่าน ท่านที่สอง คือ นางวิภาภรณ์ สิงห์ทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเขื่องใน นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ทุกท่านที่ ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่พึงมีจากวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้บูรพาจารย์ที่ได้ให้การศึกษาและผู้มีพระคุณแก่ผู้วิจัย ตลอดจนนักวิชาการสาขาต่างๆที่ผู้วิจัยอ้างอิงดังปรากฏในวิทยานิพนธ์นี้ ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2020). Improving early childhood development: WHO guideline. Geneva: WHO.
2. กรมอนามัย.(2565). รายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยของประเทศไทย. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2566). ระบบข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงบริการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด.
4. UNICEF.(2021). Early childhood development and family-centered care. New York: UNICEF.
5. Penchansky, R., & Thomas, J. W.(1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care; 1981. 19(2), 127–140 .
6. กรมอนามัย.(2565). แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงวัย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
7. Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. .(2019). Family-centered practices for early childhood intervention. Journal of Early Intervention ; 2019 .41(3), 1–15.
8. วราภรณ์ ชัยอนันต์.(2564). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข ; 2564. 35(2), 45–59.
9. Britto, P. R., et al.(2017). Nurturing care: Promoting early childhood development. The Lancet, ; 2017. 389(10064) 91–102.
10. Polit, D. F., & Beck, C. T.(2021). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
11. Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L.(2023). Designing and conducting mixed methods research (4th ed.). SAGE Publications.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนเทศบาล ตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Factors Associated With Household Waste Management Practices in Nong Bua Subdistrict Municipality, Nong Kung Si District, Kalasin Province.

(Received: December 26,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: January 14,2026)

ธิดาพร คำภักดี[1] ธันวา ใจเที่ยง[2] จุฑามาศ เจียมสาธิต[2]
Thidaporn Kampakdee [1] Tunwa Chaitieng [2] Chuthamat Chiamsathit[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาบริบทของครัวเรือนในการจัดการขยะ 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือน 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน ตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรคือ ประชาชน ในพื้นที่เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างการวิจัยในเชิงสำรวจ (Survey Research) อายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป จำนวน 294 ครัวเรือน จากประชากร จำนวน 2,195 ครัวเรือน และทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.804 - 0.902 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ สหสัมพันธ์ โดยเลือกใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.70 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 35 – 48 ปี (ร้อยละ 42.51) อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.68 ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 49.30) ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ 35 – 48 ปี (ร้อยละ 42.52) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่เกิน 10,000 บาท (ร้อยละ 85.03) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4 คน (ร้อยละ 42.86) ด้านปัจจัยความรู้ในการกำจัดขยะมูลฝอยอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 67.69) ด้านการมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 74.83) ด้านทัศนคติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 94.56) และด้านการรับรู้ข่าวสารในการจัดการขยะมูลฝอยรับรู้ข่าวสารเป็นประจำ (ร้อนละ 79.93) พฤติกรรมการการกำจัดขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปฏิบัติเป็นประจำ (ร้อยละ 91.50) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยเพศมีนัยสำคัญทางสถิติ (x^2 = 1.89, p = 0.04) อายุมีนัยสำคัญทางสถิติ (x^2 = 5.87, p = 0.01) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับความรู้อยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.857, p = 0.021) ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมและการกำจัดขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูงมาก (r= 1.00 , p = 0.005) ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูงมาก (r = 1.000, p = 0.001) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข่าวสารและพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูงมาก (r = 1.000, p = 0.002)

คำสำคัญ : การจัดการขยะ , พฤติกรรมการจัดการขยะ , การรับรู้ข่าวสาร , ทัศนคติในการ, การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

This research survey research aimed to examine three research objectives: to study the household context of waste management, to study household waste management behavior, and to study factors associated with household waste management behavior in Nong Bua Subdistrict, Nong Kung Si District, Kalasin Province. The population used in this study consisted of residents in Nong Bua Subdistrict Municipality, Nong Kung Si District, Kalasin Province. The survey research sample consisted of 294 households aged 12 years and older, out of a population of 2,195 households. The instrument was tested on a sample of 30 individuals, with a reliability coefficient of 0.804-0.902. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and correlation analysis, using Pearson's product moment correlation coefficient, with a statistical significance level of 0.05.

[1] นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
[2] อาจารย์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

Results: 1) 52.70% of the sample were female, with an average age of 35-48 years (42.51%) and occupations of agriculture (50.68%). The highest level of education was obtained. Primary education or lower (49.30%), length of stay 35-48 years (42.52%), average monthly income not more than 10,000 baht (85.03%), number of household members 4 people (42.86%). Knowledge of waste disposal was at a high level (67.69%), participation in waste separation was at a high level (74.83%), attitude was at a good level (94.56%), and awareness of waste management news received the news regularly (79.93%). Waste disposal behavior was at a regular level (91.50%). Personal factors related to waste disposal behavior were gender with statistical significance (x2 = 1.89, p = 0.04), age was statistically significant (x2 = 5.87, p = 0.01), and the relationship between behavior and knowledge was at a high level with statistical significance (r = 0.857, p = 0.021). The relationship between participation and waste disposal was very high (r = 1.00, p = 0.005). The relationship between attitude and waste disposal behavior was very high (r = 1.000, p = 0.001). The relationship between information perception and waste disposal behavior was very high (r = 1.000, p = 0.002). The research results indicate that knowledge, participation, attitudes, and information perception are important factors related to household waste management behavior.

Keywords: Waste management, Waste management behavior, Information perception, Attitude, Participation

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของประชากรเป็นสาเหตุสำคัญของการทำลายทรัพยากรธรรมชาติและก่อให้เกิดปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมหลายอย่างตามมา เช่น ปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change) ปัญหามลพิษทางน้ำ ปัญหามลพิษทางดิน และปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ที่สำคัญในทุกพื้นที่ทั่วโลกประสบอยู่นั่นคือปัญหาขยะมูลฝอย[1,9] ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลที่ ไม่มีการบริหารจัดการขยะมูลฝอย อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก การเพิ่มขึ้นของประชากรก่อให้เกิดการขยายตัวของสังคมเมือง การขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจ ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี ทำให้เกิดการผลิตเพิ่มขึ้นเพื่อสนองความต้องการบริโภคของมนุษย์ เมื่อการบริโภคมากขึ้น ปริมาณขยะก็เพิ่มขึ้นตามมา สอดคล้องกับ กรมควบคุมมลพิษ.2560[2] โดยข้อมูลปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 24.98 ล้านตัน พ.ศ. 2565 จำนวน 25.70 ล้านตัน และ พ.ศ.2566 จำนวน 26.95 ล้านตัน แยกเป็นปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์[2] ปี พ.ศ.2564 จำนวน 7.89 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 31.6 พ.ศ. 2565 จำนวน 8.80 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 34.2 และ พ.ศ.2566 จำนวน 9.31 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 34.5 ตามลำดับ ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดถูกต้อง ปี พ.ศ.2564 จำนวน 9.28 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 37.1 พ.ศ.2565 จำนวน 9.80 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 38.1 และ พ.ศ.2566 จำนวน 10.17 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 37.7ตามลำดับ ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดไม่ถูกต้อง ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 7.81 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 31.3 พ.ศ.2565 จำนวน 7.10 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 27.6 และพ.ศ.2566 จำนวน 7.47 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 27.7ตามลำดับ ปริมาณขยะมูลฝอยตกค้าง 7.50,9.91 และ27.62 ล้านตัน ตามลำดับ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ.2566 มีขยะมูลฝอยชุมชนเกิดขึ้นทั้งหมดประมาณ 670.00 ตัน/วัน ขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์[2] คิดเป็นร้อยละ 37.31 ขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 16.42 ขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 46.27 ขยะมูลฝอยตกค้าง 99,358 ตัน

ในการจัดการขยะมูลฝอยเขตพื้นที่เขตเทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ มีข้อมูลประชากรทั้งหมด 7,248 คน 2,195 ครัวเรือน 13 ชุมชน ปริมาณขยะมูลฝอยอยู่ที่ 3 ตันต่อวัน และขยะมูลฝอยมีการคัดแยกอยู่ที่ประมาณ 0.05 ตันต่อวัน ทำให้ไม่สามารถฝังกลบรายวันได้ จึงอาจกล่าวได้ว่า ขยะมูลฝอยชุมชนมีแหล่งกำเนิด มีแหล่งที่มาอยู่หลายแหล่ง[3] ทำให้การบริหารจัดการขยะทำได้ยากซึ่งขยะส่วนใหญ่เกิดจากอาชีพ

เกษตรกรรม เลี้ยงสัตว์ และขยะทั่วไปในครัวเรือน ซึ่งครัวเรือนในตำบลหนองบัว มีวิธีการกำจัดขยะโดยการเผา การฝัง และบางส่วนให้รถเก็บขยะของเทศบาลนำไปทิ้งที่บ่อขยะเอกชน และงบประมาณในการฝังกลบมีไม่เพียงพอต่อการฝังกลบรายวัน และไม่มียานพาหนะในการฝังกลบ ต้องจ้างเอกชน ในฤดูฝนจะมีฝนตกหนักและระยะเวลานาน 4-5 เดือน จากปัญหาดังกล่าวทำให้มีปริมาณขยะจำนวนมาก ก่อให้เกิดปัญหากลิ่นเหม็นเน่า ปัญหาแมลงวัน และมีปัญหาปริมาณน้ำเสียจำนวนมากล้นบ่อ และน้ำชะมูลฝอยไหลรั่วในพื้นที่ และเป็นแหล่งเพาะพันธุ์พาหะนำโรค ทั้งนี้เพราะสาเหตุประการหนึ่งก็คือ การขาดความรับผิดชอบ ขาดระเบียบวินัยและขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน[4] และทุกภาคส่วน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการจัดการขยะ ด้วยเหตุดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ และความคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการจัดการขยะมูลฝอยเขตพื้นที่เขตเทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อจะได้ทราบข้อมูลและนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผนปฏิบัติการ โครงการกิจกรรมด้านการจัดการขยะมูลฝอย เพื่อลดปริมาณขยะ ในเขตเทศบาลตำบลหนองบัว แม้จะมีการดำเนินโครงการจัดการขยะในหลายพื้นที่ แต่ในเขตเทศบาลตำบลหนองบัวยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในระดับครัวเรือนอย่างเป็นระบบต่อไป[5]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของครัวเรือนในการจัดการขยะตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะในครัวเรือน ตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน ตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ " เป็นการวิจัยแบบเชิงสำรวจ (Survey Research) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษางานวิจัยครั้งนี้[6] คือ มกราคม 2568 ถึง มีนาคม 2568 โดยใช้แบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ตัวแทนครัวเรือน ในพื้นที่เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2,195 ครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยในเชิงสำรวจ (Survey Research) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวแทนครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์[8,9] จำนวน 294 ครัวเรือน อายุ 12 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ 1 ปีขึ้นไป โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร ของ รศ.อรุณ จิรวัฒน์กุล.2558[10]
จากสูตร

$$n = \frac{N Z^2_{\frac{\alpha}{2}} P\ 1-P}{e^2\ N-1\ + Z^2_{\frac{\alpha}{2}} P\ 1-P}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยการศึกษาแนวทางจากเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย

ซึ่งจะมีแบบสอบถามทั้งหมด 1 ชุด จำนวน 57 ข้อ คำถามทั้งหมดมี 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน โดยลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำหรือจำนวนในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจในการจัดการขยะมูลฝอย จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามวัดความรู้ในการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือน ของประชาชนตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ จัดระดับโดยการอ้างอิงจากการประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ (Bloom,1971) [11]

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะ จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือน ของประชาชนตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ จัดระดับโดยการอ้างอิงจากการประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ (Bloom,1971)[11]

ส่วนที่ 4 ทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอย จำนวน 10 ข้อ แบ่งระดับทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็น 2 ระดับ เพื่อแปลความหมายของระดับทัศนคติ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย จัดระดับโดยการอ้างอิงจากการประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ (Bloom,1971)[11]

ส่วนที่ 5 การรับรู้ข่าวสารในการจัดการขยะมูลฝอย จำนวน 5 ข้อ แบบสอบถามวัดการรับรู้ข่าวสารในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ของประชาชนตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ คำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ประจำ 5-7 , บางครั้ง 3-4 ครั้ง, นานๆครั้ง 1-2 ครั้ง,ไม่เคยสักครั้ง/เดือน จัดระดับโดยการอ้างอิงจากการประเมินแบบ อิงเกณฑ์ของ (Best,1977)[12]

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน จำนวน 15 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการลดการเกิดขยะมูลฝอย พฤติกรรมการนำกลับมาใช้ใหม่ พฤติกรรมการหมุนเวียนนำกลับมาใช้ใหม่ คำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ประจำ 5-7 , บางครั้ง 3-4 ครั้ง, นานๆครั้ง 1-2 ครั้ง,ไม่เคยสักครั้ง/เดือน จัดระดับโดยการอ้างอิงจากการประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ (Best,1977)[12]

ส่วนที่ 7 ในส่วนของการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis) นั้น เลือกใช้การหา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรสองตัวที่เป็น อิสระต่อกัน

ส่วนที่ 8 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การหาคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ นำเสนอแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดประสงค์ ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (ICO) นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชาชนในตำบลใกล้เคียง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Item-total Correlation) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ซึ่งคัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป ดังภาคผนวก จ และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิแอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาให้มีความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการ และตรวจสอบภาษาแล้วนำมาปรับปรุงในเรื่องความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และแก้ไขความซับซ้อนของข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ เลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

วิธีเก็บรวมรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงสำรวจ จากกลุ่มตัวอย่าง โดยการสำรวจด้วยแบบสอบถาม โดยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

2. ประชุมชี้แจงผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงวัตถุประสงค์การศึกษา และอธิบายลักษณะของแบบสอบถาม ขั้นตอนการแจกแบบสอบถามและวิธีการได้มาของข้อมูล

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวน

4. หาค่าความเชื่อมั่นและนัยสำคัญทางสถิติ p – value > 0.05

5. การคำนวณหาค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้สถิติพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและระดับปัจจัยต่างๆ[6] ใช้ Chi-square test เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ฯลฯ) กับระดับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย (จัดเป็น 2 ระดับ: ปานกลาง/สูง) ใช้ Pearson's correlation coefficient วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมของความรู้ การมีส่วนร่วม ทัศนคติ การรับรู้ข่าวสาร กับคะแนนพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย" กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ หมายเลขโครงการวิจัย KLS.REC 99/2568

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย

1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย พบว่าเพศหญิงมีสัดส่วนพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในระดับสูงมากกว่าชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สะท้อนว่าบทบาทของผู้หญิงในครัวเรือนอาจเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจด้านการจัดการขยะในบ้าน" อยู่ในระดับสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 96.78 ของเพศหญิง ขณะที่กลุ่มที่มีพฤติกรรมในระดับปานกลางส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 17.27 ของเพศชายอย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย มีนัยสำคัญทางสถิติ ($x^2 = 1.89$, $p = 0.04$) ซึ่งแสดงว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย ในกลุ่มตัวอย่างชุดนี้[13]

2. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย พบว่าอายุ 35 – 48 ปี จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 92.00 อยู่ในระดับสูงมากที่สุด และกลุ่มที่มีพฤติกรรมในระดับปานกลางมากที่สุดก็ยังอยู่ในช่วงอายุเดียวกัน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 8.00 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($x^2 = 5.87$, $p = 0.01$) แสดงว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย ในกลุ่มตัวอย่างชุดนี้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย พบว่าอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คือ กลุ่มเกษตรกรรม จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 92.61 และกลุ่มที่มีพฤติกรรมในระดับปานกลางมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไปอย่างละ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 11.70 และ 7.39 อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi - square test) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($x^2 = 17.55$,

p = 0.28) แสดงว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยในกลุ่มตัวอย่างชุดนี้

4. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย พบว่าระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 137 คน อยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 94.49 และกลุ่มระดับการศึกษาที่มีพฤติกรรมในระดับปานกลางมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มระดับการศึกษา มัธยมศึกษาหรือ ปวช. จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 11.82 อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (x^2 = 16.30, p = 0.06) แสดงว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยในกลุ่มตัวอย่างชุด นี้

5 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่อยู่อาศัยกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย พบว่าระยะเวลาที่อยู่อาศัย 35 – 48 ปี จำนวน 118 คน อยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 94.40 และกลุ่มระยะเวลาที่อยู่อาศัยที่มีพฤติกรรมในระดับปานกลางมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มระยะเวลาที่อยู่อาศัย 1 ปี– 34 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่อยู่อาศัยกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (x^2= 14.58, p =0.26) แสดงว่า ระยะเวลาที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยในกลุ่มตัวอย่างชุดนี้

6 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อเดือนกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย พบว่าพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คือ กลุ่มรายได้เฉลี่ย/เดือน ไม่เกิน 10,000 บาท จำนวน 242 คน คิดเป็นร้อยละ 96.80 และกลุ่มรายได้เฉลี่ย/เดือนที่มีพฤติกรรมในระดับปานกลางมากที่สุด ได้แก่ รายได้เฉลี่ย/เดือน 10,001-20,000 บาท จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 47.37 อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ย/เดือนกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (x^2= 3.79, p = 0.52) แสดงว่า รายได้เฉลี่ย/เดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยในกลุ่มตัวอย่างชุดนี้

7. ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกในครัวเรือนกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยอยู่ในครัวเรือนที่มีพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยในระดับสูงมากที่สุด พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4 คน จำนวน 118 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 93.66 และจำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่มีพฤติกรรมในระดับปานกลางมากที่สุด ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 5 คน จำนวน 10 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 21.28 อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกในครัวเรือนกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (x^2= 12.46, p = 0.56) แสดงว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยในกลุ่มตัวอย่างชุดนี้

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับขยะมูลฝอยกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย พบว่า ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยมีค่าความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดขยะโดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่า (r = 0.857, p = 0.021) ได้จำแนกความรู้กับพฤติกรรมต่าง ๆ ดังนี้ พฤติกรรมการลดปริมาณขยะอยู่ในระดับสูง ค่า (r = 0.860 , p = 0.008) พฤติกรรมการนำวัสดุกลับมาใช้ซ้ำ อยู่ในระดับสูงมาก ค่า (r = 0.992 , p = 0.007) และพฤติกรรมการนำขยะกลับมาใช้ใหม่อยู่ในระดับสูง ค่า (r = 0.854, p = 0.021) อย่างไรก็ตาม ค่า p-value ของแต่ละตัวแปรมีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยในกลุ่มตัวอย่างชุดนี้ ดังนั้น แม้ค่าความสัมพันธ์ในเชิง

พรรณนา (descriptive) จะอยู่ในระดับสูง สามารถสรุปได้ว่าความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้อย่างแน่ชัด"[14]

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการกำจัดขยะมูลฝอยกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะมูลฝอยกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย พบว่า การมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย โดยในระดับสูงมาก ค่า (r= 1.00 ,p = 0.005) การมีส่วนร่วมในการกำจัดขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดปริมาณขยะอยู่ที่ขอบเขตของนัยสำคัญทางสถิติโดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง (r = 0.854 , p = 0.057) และการมีส่วนร่วมในการกำจัดขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการนำวัสดุกลับมาใช้ซ้ำอยู่ในระดับสูงมาก และมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ (r = 0.992 , p = 0.026) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการนำขยะกลับมาใช้ใหม่ในระดับสูง (r = 0.860 , p = 0.029) “โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ”[14]

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติในการกำจัดขยะมูลฝอยกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติในการกำจัดขยะมูลฝอยกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย พบว่าทัศนคติในการกำจัดขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมากกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย (r = 1.000, p = 0.001) ซึ่งมี ค่าความสัมพันธ์อยู่ที่ขอบเขตของนัยสำคัญทางสถิติโดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการลดปริมาณขยะ (r = 1.000, p = 0.006) โดยที่พฤติกรรมการนำวัสดุกลับมาใช้ซ้ำ (r = 0.999, p = 0. 002) และการนำกลับมาใช้ใหม่ (r = 1.000, p = 0.018) “อยู่ในระดับสูงมากและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ”[7]

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการกำจัดขยะมูลฝอยกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการกำจัดขยะมูลฝอยกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย พบว่าการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการกำจัดขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมากกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 1.000, p = 0.002) ซึ่งค่าความสัมพันธ์อยู่ที่ขอบเขตของนัยสำคัญทางสถิติโดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก อย่างไรก็ตามการรับรู้ข่าวสารมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการลดปริมาณขยะ (r = 0.792 p = 0.050) มีในนัยสัมพันธ์ทางสถิติในระดับสูง และพฤติกรรมการนำวัสดุกลับมาใช้ซ้ำ(r = 1.000 p = 0.035) และค่าความสัมพันธ์กับการนำกลับมาใช้ใหม่ อยู่ในขอบเขตนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.988, p = 0.041) “อยู่ในระดับสูงมากและมีนัยสำคัญทางสถิติ” โดยสรุปได้ว่าการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการกำจัดขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย ด้านพฤติกรรมการลดปริมาณขยะ และพฤติกรรมการนำวัสดุมาใช้ซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการกำจัดขยะมูลฝอย มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมีนัยสำคัญทางสถิติ[7,15]

สรุปและอภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ รายได้ต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือน เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากในปัจจุบันนี้ยุคแห่งการเรียนรู้ออนไลน์ทั้งเพศหญิงและเพศชายต่างเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือนได้อย่างง่ายสะดวกและรวดเร็ว ซึ่งไม่สอดคล้องกับ วริษฐา แสงยางใหญ่ และคณะ (2560)[19] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดขยะครัวเรือนของประชาชนในเขตเทศบาลจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดขยะในครัวเรือน

ของประชาชน [ผู้วิจัยได้ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอย ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (x^2 = 1.89, p = 0.04)] อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือน เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากคนที่มีอายุมากก็สามารถเรียนรู้และเข้าใจถึงข้อมูลด้านการกำจัดขยะมูลฝอย ซึ่งสอดคล้องกับ วิชุดา ใจเที่ยงตรง(2565)[18] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลแม่คำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย, วิทยาลัยนครราชสีมา ,2565 โดยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยก ขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลแม่คำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประชาชนที่อายุน้อยมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอย จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การมีส่วนร่วม ทัศนคติ และการรับรู้ข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ อาจเนื่องมาจากประชาชนมีความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยทั้งนี้อาจเป็นเพราะเทศบาลหนองบัวได้สนับสนุนและส่งเสริมพร้อมจัดอบรมการจัดการขยะที่ถูกวิธีจึงทำสรุปได้ว่าความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำจัดขยะอยู่ในระดับสูง - สูงมาก แสดงว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับ ศราวุฒิ ทับผดุง (2565)[9] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือนในเขต องค์การบริหารส่วนตำบลที่ไม่มีการบริหารจัดการขยะมูลฝอย อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกพบว่า กลุ่มตัวอย่างในภาพรวมมีพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอย อยู่ในระดับสูง (X = 3.89, S.D. = 0.592) โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 69.10 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.40 และ 0.50 ตามล าดับ

การมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนหรือประชาชนในเทศบาลตำบลหนองบัว ตระหนักถึงปัญหาของขยะมูลฝอย การร่วมแรงร่วมใจกันเพื่อที่จะทำให้ชุมชนลดปริมาณขยะได้มากที่สุดจึงสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมในการกำจัดขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดปริมาณขยะอยู่ที่ขอบเขตของนัยสำคัญทางสถิติโดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีความสัมพันธ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ วริษฐา แสงยางใหญ่ และคณะ (2560)[19] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดขยะครัวเรือนของประชาชนในเขตเทศบาลจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า พบว่าประชาชนมีพฤติกรรม ในการคัดแยกขยะในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ประชาชนไม่มีเวลาและไม่สนใจกิจกรรมในการ คัดแยกขยะมากนัก และอาจเนื่องจากประชาชน ยังขาดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อลดขยะว่าตนเองและไม่มีส่วนรวมที่จะได้ประโยชน์จากการลดขยะอย่างไร

ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ บางครั้งอาจจะเกิดจากความเคยชินหรือการเคยทำซ้ำ ๆ ในเรื่องที่ต้องทำเช่นการจัดการขยะมูลฝอยถ้าคนในชุมชนไม่มีทัศนคติหรือตระหนักถึงโทษของขยะจะไม่ทราบเลยว่าควรที่จะทำอะไรบ้างกับขยะไม่ว่าจะเป็นการคัดแยก การนำมาใช้ซ้ำ หรือแม้กระทั่งการนำกลับมาใช้ใหม่ถ้าไม่ได้ตระถึงโทษก็จะไม่มีทัศนคติที่ดีและการดำเนินการที่ดีแต่อย่างไรก็ตามสรุปได้ว่าประชาชนในเขตเทศบาลตำบลหนองบัวมีทัศนคติที่สูงมากในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ซึ่งสอดคล้องกับ อภินันท์ นิลสุข (2565)[20] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การจัดการขยะ

มูลฝอยของครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .171, p < .001) แต่ไม่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนได้ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนนี้ เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน และทุกคนมีความคุ้นเคย

การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการกำจัดขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งทราบได้ว่าถ้าประชาชนไม่รับรู้ข่าวสารด้านการกำจัดขยะมูลฝอย ประชาชนก็ไม่สามารถดำเนินการที่ถูกต้องได้ในการจัดการขยะหรือกำจัดขยะ แต่ประชาชนในเทศบาลตำบลหนองบัวได้รับรู้ข่าวสารการจัดการขยะการกำจัดขยะการนำกลับมาใช้ใหม่หรือแม้กระทั้งการจัดการขยะให้เกิดรายได้หรือแม้กระทั่งการลดปริมาณขยะให้น้อยลงเนื่องจากมีการรับซื้อขยะที่ย่อยสลายอยาก และทำขยะเปียกให้เป็นปุ๋ยเพื่อลดต้นทุนในการซื้อสารเคมี ดังนั้นสรุปได้ว่าการรับรู้ข่าวสารการกำจัดขยะของประชาชนในเทศบาลตำบลหนองบัวมีการรับรู้ข่าวสารสูง – สูงมาก ซึ่งสอดคล้องกับ ทิวากรณ์ ราชูธร (2559)[15] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน จังหวัดนครราชสีมา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคู่มือการจัดการขยะมูลฝอยโดยมีประชาชนได้รับคู่มือ ถึง 1.48 เท่า (AOR = 1.48; 95%CI: 1.14 to 1.56)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. เทศบาลตำบลหนองบัว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการกำหนดนโยบายในการดำเนินการส่งเสริม รณรงค์เกี่ยวกับการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนอย่างจริงจัง และต่อเนื่องโดยการให้ความรู้ความเข้าใจในการจัดการขยะมูลฝอยที่ถูกวิธีและมีมูลค่า เช่น การสอนคัดแยกขยะเปียก ขยะแห้ง ขยะรีไซเคิล ขยะอันตราย เป็นต้น โดยให้ครัวเรือนคัดแยกพร้อมทั้งกำหนดสถานที่และเวลาในการรับกำจัดหรือแม้กระทั่งความรู้เพื่อการเพิ่มมูลค่าให้กับขยะของครัวเรือนหรือรับซื้อขยะเพื่อมากำจัด[16] โดยต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนมั่นใจและเกิดจิตสำนึกในการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือนอย่างถูกต้อง

2. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักถึงขยะมูลฝอยที่เป็นอันตรายและที่เกิดประโยชน์ต่อคนในครัวเรือน[17] และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงวิธีการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือนอย่างถูกต้องและยั่งยืน

3. ประชาชนในเขตเทศบาลตำบลหนองบัว มีส่วนร่วมในการกำจัดขยะมูลฝอย และได้ตระถึงโทษที่เกิดจากขยะ[18] เนื่องจากขยะมีทั้งที่นำมาใช้ประโยชน์และเป็นอันตราย ดังนั้นการมีส่วนร่วมหรือมีความร่วมมือร่วมใจจะทำให้ปริมาณขยะในชุมชนลดลงได้อย่างยังยืน

4. การรับรู้ข่าวสารในการกำจัดขยะ หรือการจัดการขยะมูลฝอยที่อยู่ในครัวเรือน ทั้งที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนทำให้ประชาชนทราบถึงการลด การจัดการและการกำจัดที่ถูกต้องและถูกวิธี ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องควรจัดอบรมการจัดการขยะให้ประชาชนได้ทราบถึงโทษและประโยชน์ของขยะอย่างสม่ำเสมอต่อไป

5. ประชาชนในพื้นที่เทศบาลตำบลหนองบัวส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีควรส่งเสริมให้มีการอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนักในการลดปริมาณขยะมูลฝอยให้กับประชาชนในชุมชน[18] เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและส่งต่อพฤติกรรมที่ดีต่อไปในชุมชน

6. เทศบาลตำบลหนองบัวอาจดำเนินการจัดตั้งศูนย์รับซ่อมวัสดุ/อุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าต่างๆ ในครัวเรือน/ซ่อมแซมเสื้อผ้า เพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการซ่อมหรือแก้ไข (Repair) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่พบน้อยที่สุดของประชาชนในพื้นที่ รวมถึงส่งเสริมพฤติกรรมการนำกลับมาใช้ซ้ำ(Reuse)

ซึ่งพบมากที่สุด โดยให้ความรู้/วิธีการใหม่ๆ ที่สร้างสรรค์ในการนำมูลฝอยแต่ละชนิดมาใช้ซ้ำ หรือการจัดโครงการประกวดการนำขยะกลับมาใช้ซ้ำาแบบสร้างสรรค์/สวยงาม

ข้อเสนอแนะเพื่อวิจัยต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงเปรียบเทียบกับหน่วยงานหรือชุมชนอื่น ๆ ในจังหวัดเดียวกันในเรื่องแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนเพื่อนำแนวทางของการกำจัดขยะมูลฝอยที่มีประสิทธิภาพของแต่ละพื้นที่มาสร้างเป็นแนวทางในการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือนที่เหมาะสมกับชุมชนต่อไป

2. ควรมีการวิจัยและพัฒนารูปแบบ แนวทางการกำจัดขยะมูลฝอยภายในครัวเรือนแบบครบวงจนเป็นเครือข่ายความร่วมมือของท้องถิ่นในรูแบบของหารบูรณาการต่อไป

3. การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มหรือขยายขอบเขตตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยตามหลักทฤษฎีอื่น ๆ ที่อาจจะมีระดับความสัมพันธ์ที่สูงขึ้น

4. การศึกษาเพื่อต่อยอดครั้งต่อไปผู้วิจัยเห็นว่าควรให้มีการพัฒนาการคัดแยกขยะตั้งแต่ต้นทางโดยการนำร่องจากเทศบาลและชุมชนต้นแบบไม่ใช่เฉพาะขยะในครัวเรือนหมายถึงขยะจากธรรมชาติที่เห็นว่าเป็นขยะ ตั้งแต่เศษใบไม้ หญ้า แม้กระทั่งผักตบในห้วยหนองสามารถนำมาแปรรูปทำผลิตภัณฑ์ได้ เพราะในการศึกษาครั้งที่แล้ว ศึกษาพฤติกรรมการลดปริมาณขยะมูลฝอย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้แทนครัวเรือนส่วนใหญ่ที่มีบทบาทในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน[19]

5. การศึกษาบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการจัดการมูลฝอยเช่นอสม.ผู้นำชุมชนเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขเจ้าหน้าที่รพ.สต. พนักงานเก็บขนขยะเพื่อให้ได้แนวทางในการจัดการขยะที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีเกิดจากการสนับสนุนของคณาจารย์ประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ และได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธันวา ใจเที่ยง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑามาศ เจียมสาธิต อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่คอยให้ความช่วยเหลือและคอยให้กำลังใจและคำแนะนำตลอดการดำเนินงานวิจัย ร่วมทั้งของขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเทศบาลตำบลหนองบัว ตลอดจนกลุ่มเป้าหมายและประชากรผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่มีส่วนสำคัญที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินวิจัยในครั้งนี้และครั้งต่อไป จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1.Kiattikul Thavil. (2015). Waste Management Behavior in the 3R (Reduce, Reuse, Recycle) Form of People in Chonburi Municipality, Mueang Chonburi District, Chonburi Province. Master's Thesis in Political Science, Department of Politics and Government, Burapha University, Chonburi.

2.Pollution Control Department. (2017). Operational Strategy for Reducing and Reusing Waste (Reduce Reuse Recycle: 3R). Retrieved from http://infofile.pcd.go.th/law/DraftStrategic3R.pdf. Accessed September 4, 2024.

3.Kanchanicha Sudcharee et al. (2019). Factors Related to Solid Waste Management in the Community of Nong Kham Subdistrict Administrative Organization, Ajsamart District, Roi Et Province. Mahasarakham Hospital Journal. Vol. 16, No. 2 (2019): May-August.

4.Thitichayan Boonkhongthon. (2018) Household Participation in Waste Management of Taling Chan Subdistrict Administrative Organization, Mueang Suphan Buri District, Suphan Buri Province. Master's Thesis in Public Health, Krirk University, Bangkok.

5.Nattawadee Sukchuey. (2015) Waste Management Behavior of People in Ban Dan Subdistrict Municipality, Aranyaprathet District, Sa Kaeo Province. Master's Thesis in Public Administration, Burapha University, Chonburi.

6.Piyachat Silpasuwan. (2014) Academic Article. Municipal Solid Waste: A Major Problem Facing the Country, Year 4, Issue 7. Retrieved from http://nrei.mutsv.ac.th/sites/default/fles/poprosal.PDF on October 9, 2024.

7.Wichuda Chaithiangtrong. (2022). Factors Related to Solid Waste Management Behavior of People in Mae Kham Sub-district Municipality, Mae Chan District, Chiang Rai Province, Nakhon Ratchasima College.

8.Veerawan Kaewboonchu. (2019). Factors Affecting Household Solid Waste Sorting Behavior: A Case Study of Don Mueang District, Bangkok, Master's Thesis in Environmental Social Sciences, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University, 2019.

9.Sarawut Thabpadung. (2020). Factors Affecting Household Solid Waste Reduction Behavior in Sub-district Administrative Organizations Without Solid Waste Management, Mueang District, Phitsanulok Province, Master's Thesis in Public Health.

10.Arun Chirawatkul. (2008). Biostatistics for Health Science Research. Department of Statistics and Demography, Faculty of Public Health, Khon Kaen University. Khon Kaen.

11.Bloom B.S. (1956) Taxonomy by Education Objective Hand Book I Cognitive Domain. New York: David Mcky.

12.Best, J. W. (1977) Research in Education. (3rd ed). New Jersey: Prentice Hall Inc.

13. Kanchanicha Sudcharee et al. (2019) Factors Related to Solid Waste Management in Nong Kham Subdistrict Administrative Organization, Ajsamart District, Roi Et Province. Mahasarakham Hospital Journal. Vol. 16, No. 2 (2019): May-August.

14.Waleerat Bampenboon. (2017) Public Participation in Solid Waste Management. Case Study: Lam Sai Subdistrict, Wang Noi District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Bachelor of Public Health Thesis, Krirk University,Bangkok.

15.Thiwakorn Rachuthon. (2015) Factors Affecting Household Waste Management Behavior of People in Nakhon Ratchasima Province. Bachelor of Science Research Program, Faculty of Public Health, Mahidol University.

16. Thidarat Poolem. (2017) Household Waste Management Behavior in Ban Huai Mak Nun, Tha Pha Pha Pum Subdistrict, Mae Lan Noi District, Mae Hong Son Province. Graduate Diploma Research, Volunteer Program, Thammasat University, Bangkok.

17.Veerawan Kaewboonchu. (2019) Factors Affecting Household Waste Sorting Behavior: A Case Study of Don Mueang District, Bangkok. Master of Arts Thesis in Environmental Social Sciences, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University, 2019.

18.Wichuda Chaithiangtrong. (2022) Factors Related to Waste Management Behavior of People in Mae Kham Subdistrict Municipality, Mae Chan District, Chiang Rai Province. Nakhon Ratchasima College, 2022.

19..Warittha Saengyangyai et al. (2017) Factors Affecting Household Waste Reduction Behavior of People in Municipal Areas of Samut Prakan Province. Burapha University Journal of Public Health. Vol. 12 No. 1

20.Aphinat Nilsook. Factors Affecting Household Waste Management Behavior in Thap Sakae District, Prachuap Khiri Khan Province. Journal of Behavioral Science for Development, Institute of Behavioral Science, Srinakharinwirot University, 2022.

การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจและการปฏิบัติด้านพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ของพยาบาลในโรงพยาบาลปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

Comparing Nurses' Understanding and Correct Practices in Forensic Evidence across Primary, Secondary, and Tertiary Healthcare Settings

(Received: December 26,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: January 14,2026)

สุคลธร สุวรรณรังรอง[1] ศิริรัตน์ ชูสกุลเกรียง[2] และ ศุภชัย ศุภลักษณ์นารี[3]
Sukhonthon Suwanrangrong[1] Sirirat Choosakoonkriang[2] and Supachai Supalaknari[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ตลอดจนประเมินระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ ตรวจสอบปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการจัดเก็บและจัดการพยาน รวมถึงเสนอแนวทางพัฒนาเพื่อยกระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับต่างๆในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงอนุมาน (t-test, ANOVA)ผลการวิจัยพบว่าผู้ตอบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 31–35 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี และดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โดยส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมด้านนิติวิทยาศาสตร์มาก่อน ทั้งนี้ คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และด้านบทบาทอยู่ในระดับสูงมาก (Mean = 4.83–4.92, SD = 0.33–0.36) การทดสอบความแตกต่างของคะแนนตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

คำสำคัญ : นิติวิทยาศาสตร์, พยานหลักฐาน, พยาบาลวิชาชีพ, การจัดการพยาน, โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิ

Abstract

This study aimed to examine the roles and responsibilities of professional nurses in primary, secondary, and tertiary hospitals, as well as to assess their knowledge and understanding of forensic evidence. The study also explored existing challenges in evidence collection and management and proposed strategies to improve practice. The sample comprised 30 professional nurses in Chanthaburi Province. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (t-test, ANOVA). The findings revealed that most respondents were female, aged 31–35 years, held a bachelor's degree, had over ten years of work experience, and held the position of professional nurse practitioner. The majority had never received formal training in forensic science. The mean scores for knowledge and perceived roles were at a very high level (Mean = 4.83–4.92, SD = 0.33–0.36). No statistically significant differences were found across personal factors ($p > 0.05$).

Keywords : Professional nurses, Forensic evidence, Evidence management, Training, Primary– tertiary hospitals

บทนำ

ปัญหายาเสพติดต่อเนื่องยาวนานเป็นหนึ่งในความท้าทายสำคัญของประเทศไทย เนื่องจากส่งผลกระทบอย่างรอบด้าน ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ ความมั่นคง และระบบสาธารณสุข การดำเนินการทางกฎหมายในคดียาเสพติดจำเป็นต้องอาศัยพยานหลักฐานทางนิติวิทยาศาสตร์ที่มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และผ่านกระบวนการจัดการตามมาตรฐาน

[1] นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานิติวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
[2] ดร. อาจารย์ประจำ ภาควิชาเคมี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
[3] รศ.ดร. อาจารย์ประจำ ภาควิชาเคมี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

เพื่อให้สามารถใช้ประกอบการตัดสินคดีอย่างเป็นธรรม ความผิดพลาดในการเก็บ รักษา หรือส่งต่อหลักฐานไม่เพียงส่งผลต่อการดำเนินคดีเท่านั้น หากยังอาจทำให้ความน่าเชื่อถือของสถาบันทางการแพทย์และระบบยุติธรรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[1]

พยาบาลในโรงพยาบาลทุกระดับเป็นบุคลากรที่พบผู้ป่วยเป็นรายแรกในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคดีอาญา เช่น ผู้ต้องสงสัยคดียาเสพติด ผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับคดีความ หรือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุรุนแรง บทบาทของพยาบาลจึงไม่จำกัดอยู่เพียงการดูแลรักษา แต่รวมถึงการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ การเก็บตัวอย่างชีวภาพ เช่น เลือด ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง ตลอดจนการจัดการเอกสารทางการแพทย์ซึ่งอาจถูกใช้เป็นพยานหลักฐานในกระบวนการยุติธรรม ความถูกต้องในการจัดการข้อมูลเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาห่วงโซ่การครอบครองหลักฐาน (Chain of Custody) การป้องกันการปนเปื้อน การเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม และหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้อง[2] หากพยาบาลขาดความรู้ในประเด็นดังกล่าว อาจทำให้พยานหลักฐานสูญเสียคุณค่าและไม่สามารถใช้ในทางคดีได้[3]

งานวิจัยหลายฉบับยืนยันว่าพยาบาลในหลายประเทศยังขาดความรู้ด้านนิติวิทยาศาสตร์ในระดับปฏิบัติ โดยเฉพาะการจัดเก็บและบันทึกตัวอย่างชีวภาพอย่างถูกต้อง เช่น งานของ Ledray[4] ที่รายงานว่าพยาบาลจำนวนมากไม่มีทักษะเพียงพอในการเก็บหลักฐานจากผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ จนต้องมีการจัดตั้งบทบาท พยาบาลนิติเวช และหลักสูตรอบรมเฉพาะทางเพื่อยกระดับมาตรฐานการทำงานให้เทียบเท่ามาตรฐานสากล การพัฒนาศักยภาพดังกล่าวไม่เพียงช่วยเพิ่มความแม่นยำของข้อมูลหลักฐานเท่านั้น แต่ยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนและการตีความผิดพลาดในกระบวนการยุติธรรมอีกด้วยในประเทศไทย แม้บทบาทของพยาบาลจะเป็นส่วนสำคัญของระบบสาธารณสุข แต่พบว่าบุคลากรจำนวนมากยังไม่ได้รับการอบรมด้านนิติวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ข้อผิดพลาดในการเก็บและส่งต่อพยานหลักฐานเกิดขึ้นบ่อยครั้ง เช่น การใช้ภาชนะไม่เหมาะสม การเก็บตัวอย่างไม่ครบถ้วน การบันทึกข้อมูลไม่ตรงตามข้อกำหนด หรือการส่งมอบหลักฐานโดยไม่รักษาห่วงโซ่การครอบครองอย่างถูกต้อง[5] นอกจากนี้ งานของธัญสินี นาแพร่ และคณะ[6] รายงานว่าการมีคู่มือการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการเก็บพยานได้อย่างชัดเจนและช่วยลดความผิดพลาดที่เกิดจากความแตกต่างด้านประสบการณ์ และระดับความรู้ของบุคลากรญหาความรู้ไม่เพียงพอยังพบในหน่วยบริการทุกระดับ งานศึกษาของสุมินตรา[7] รายงานว่าบุคลากรสาธารณสุขจำนวนมากยังขาดความเข้าใจในการรักษาสถานที่เกิดเหตุและการป้องกันการปนเปื้อนพยานวัตถุ ขณะที่สุชัญญาและณรงค์[8] พบว่าพยาบาลจำนวนมากมีความรู้พื้นฐานที่ดีแต่ยังขาดความเชี่ยวชาญในสถานการณ์จริง เนื่องจากมีโอกาสปฏิบัติไม่บ่อยหรือไม่มีการอบรมอย่างต่อเนื่อง

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาเรื่องระดับความเข้าใจและการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ของพยาบาล: การเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อสำรวจความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติของพยาบาลในบริบทที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาจะช่วยระบุช่องว่างของศักยภาพบุคลากรในแต่ละระดับ นำไปสู่การกำหนดแนวทางการอบรมที่เหมาะสม การจัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับบริบท และการพัฒนาระบบจัดการพยานหลักฐานในโรงพยาบาลให้มีความมาตรฐาน โปร่งใส และสามารถสนับสนุนกระบวนการยุติธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้และความเข้าใจของพยาบาลเกี่ยวกับพยานทางนิติวิทยาศาสตร์
2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการจัดเก็บและจัดการพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ของพยาบาลในแต่ละระดับโรงพยาบาล

3. เพื่อเสนอแนวทางพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการพยานทางนิติวิทยาศาสตร์

วิธีการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิในจังหวัดจันทบุรี จำนวนทั้งสิ้น 30 คน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีความรู้และประสบการณ์เพียงพอในการสะท้อนระดับความ เข้าใจและการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตามระดับที่กำหนด มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 30 คน แบ่งเป็นโรงพยาบาลระดับปฐม ภูมิ 10 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนส้ม หนองตาคง บ่อพุ พลับพลา เกวียนหัก ท่าหลวง พลิ้ว ขุนซ่อง สนามไชย และจันทเขลม โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ 10 คน จากโรงพยาบาลสอยดาว โป่งน้ำ ร้อน มะขาม เขาคิชฌกูฏ แหลมสิงห์ ขลุง นายายอาม แก่งหางแมว สองพี่น้อง และท่าใหม่ และโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ 10 คน จากโรงพยาบาลพระปกเกล้า รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบซึ่งเป็นแบบสำรวจรายการ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตำแหน่งการปฏิบัติงาน และประสบการณ์การเข้ารับการอบรมด้านนิติวิทยาศาสตร์

ตอนที่ 2 แบบสอบถามระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพยานทางนิติวิทยาศาสตร์และการเก็บรักษาสภาพ หน้าที่บทบาทของพยาบาล และ แนวทางการปรับปรุงการปฏิบัติงานของทีมพยาบาล รวมทั้งหมด 15 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับเห็นด้วยมากที่สุดจนถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ตอบสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการจัดการพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ตอบให้ข้อมูลเพิ่มเติมอย่าง อิสระ

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง กำหนดขอบเขต ของเครื่องมือ และพัฒนาแบบสอบถามโดยดัดแปลงจากแบบสอบถามของปัจจิกาล สุวรรณชาศรี[8] ก่อน เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC) ซึ่งข้อคำถามที่ดีต้องมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นจึงนำแบบสอบถามฉบับปรับปรุงไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป เมื่อปรับแก้ไขสมบูรณ์แล้วจึงนำ แบบสอบถามไปใช้เก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การเก็บรวบรวมและ การวิเคราะห์ข้อมูล

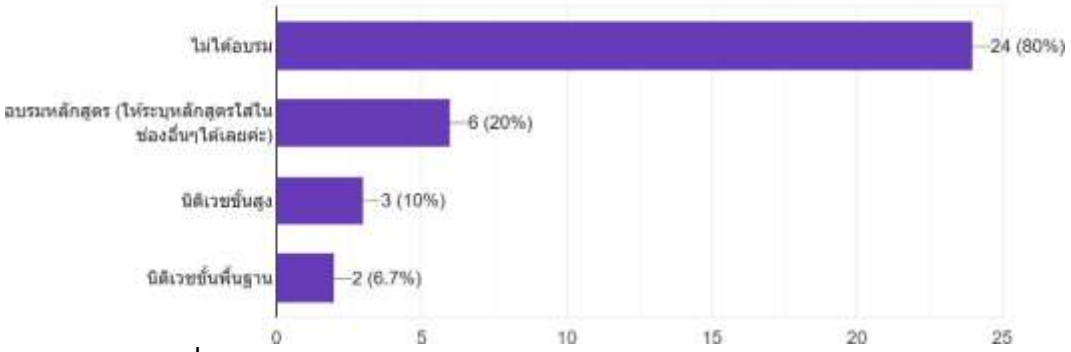
ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอน โดยเริ่มจากการขออนุญาตผู้บริหารโรงพยาบาล ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อให้สามารถเข้าพื้นที่และเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้อย่างถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความยินยอมในการ เข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ก่อนดำเนินการแจกแบบสอบถามให้ผู้ตอบกรอกด้วยตนเอง และรวบรวมคืน ภายในระยะเวลาที่กำหนด

ในการวิจัยครั้งนี้เริ่มจากการตรวจสอบแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด เพื่อให้มั่นใจว่ามีความสมบูรณ์ ถูกต้อง และสามารถนำข้อมูลไปใช้วิเคราะห์ได้ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการลงรหัสข้อมูล

และบันทึกข้อมูลเข้าสู่ โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อจัดระเบียบข้อมูลและเตรียมพร้อมสำหรับการวิเคราะห์ โดยข้อมูลเกี่ยวกับ ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบได้รับการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และการหาค่าร้อย ละ ในส่วนของข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้ ความเข้าใจ และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการจัดการพยาน ทางนิติวิทยาศาสตร์ ใช้วิธีการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งระดับผลการประเมินออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด นอกจากนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานใช้การทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ T-test และ One-Way ANOVA เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างตามระดับโรงพยาบาล ทั้งนี้ หลังจากดำเนินการ ประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปแล้ว ผู้วิจัยได้นำผลที่ได้ไปสังเคราะห์และอภิปรายผลตามกรอบการวิจัยที่ กำหนดไว้

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิที่ศึกษา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพกระจายอยู่ในโรงพยาบาลทั้งสามระดับอย่างเท่าเทียมกัน ได้แก่ โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ระดับละ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.67) และเพศชาย 7 คน (ร้อยละ 23.33) ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 31–35 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคือช่วงอายุ 36–40 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.00 ด้านการศึกษา พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 83.33) ขณะที่ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปีมีสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 53.33) สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานยาวนานและปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญ โดยตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.67) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าพยาบาลส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ปฏิบัติงานจำนวนมาก แต่พบว่าร้อยละ 80.00 ไม่เคยผ่านการอบรมด้านนิติวิทยาศาสตร์หรือหลักสูตรพิเศษที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจส่งผลต่อความพร้อมและศักยภาพในการจัดการพยานวัตถุในสถานการณ์คดี ข้อมูลดังกล่าวนำเสนอในรูปแบบตารางและแผนภาพเพื่อให้เห็นสัดส่วนของข้อมูลได้อย่างชัดเจน



ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงประสบการณ์การอบรมหลักสูตรนิติวิทยาศาสตร์ของพยาบาล

พบว่าร้อยละ 80.00 ไม่เคยได้รับการอบรม ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านนิติวิทยาศาสตร์ในระบบบริการสุขภาพ

ระดับความรู้และความเข้าใจของพยาบาลเกี่ยวกับพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมี ระดับความรู้และความเข้าใจ

เกี่ยวกับพยานทางนิติวิทยาศาสตร์อยู่ในระดับสูงมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.92 ซึ่งสะท้อนว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับนิยามของนิติวิทยาศาสตร์ ประเภทของพยานวัตถุ หลักการป้องกันการปนเปื้อน และแนวทางการเก็บรักษาหลักฐานตามมาตรฐานสากล ทั้งนี้ รายการคำถามที่เกี่ยวกับความหมายของนิติวิทยาศาสตร์และหลักการเก็บรักษาหลักฐานได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (5.00) แสดงถึงความตระหนักและความรู้พื้นฐานที่ดีของพยาบาลในด้านนี้

แม้ว่าระดับความรู้โดยรวมจะอยู่ในระดับสูง แต่ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสอบถามปลายเปิดชี้ให้เห็นว่า พยาบาลจำนวนมากยังรู้สึกว่าตนเอง ขาดทักษะปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในสถานการณ์เร่งด่วนที่ต้องดำเนินการเก็บหลักฐานอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และสามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลถึง ร้อยละ 80 ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านนิติวิทยาศาสตร์ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ขาดทักษะเชิงปฏิบัติที่จำเป็นต่อการจัดการพยานวัตถุในสถานการณ์คดีจริง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test และ ANOVA พบว่า ระดับความรู้ ความเข้าใจ และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการจัดการพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อายุงาน และประสบการณ์การอบรม ($p > 0.05$) สะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้ ไม่ได้เป็นตัวกำหนดศักยภาพของพยาบาลในด้านนิติวิทยาศาสตร์โดยตรง และพยาบาลในแต่ละกลุ่มสามารถปฏิบัติงานด้านการจัดการพยานได้ในระดับใกล้เคียงกันโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำที่เกิดจากพื้นฐานส่วนบุคคล

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเชิงพรรณนาจะพบแนวโน้มที่น่าสนใจว่า พยาบาลที่ เคยได้รับการอบรมด้านนิติวิทยาศาสตร์ มีค่าเฉลี่ยบทบาทหน้าที่ สูงกว่า (4.18) เมื่อเทียบกับพยาบาลที่ไม่เคยอบรม (4.00) แม้ความแตกต่างนี้จะไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นสัญญาณเชิงแนวโน้มที่บ่งชี้ว่า การอบรมเฉพาะทางอาจมีส่วนสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้เชิงลึก ความมั่นใจ และความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการเก็บรักษาและจัดการพยานวัตถุซึ่งต้องอาศัยความแม่นยำสูง

แนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยสากลที่รายงานว่า การอบรมด้านการพยาบาลนิติเวชและการจัดเก็บหลักฐานสามารถช่วยเพิ่มทักษะปฏิบัติจริงของพยาบาล ทำให้มีความถูกต้องในการเก็บพยาน ลดความเสี่ยงต่อการปนเปื้อน และส่งเสริมคุณภาพของข้อมูลคดี นอกจากนี้การอบรมยังเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นของบุคลากรและส่งเสริมให้พยาบาลสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์คดีได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการแก้ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานพยาบาลเกี่ยวกับพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ จากการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ของพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิประสบปัญหามากที่สุด ทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการเก็บพยานวัตถุ ระบบเอกสาร และการขาดบุคลากรเฉพาะทาง เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิที่มีระบบและผู้เชี่ยวชาญรองรับมากกว่า จึงเสนอแนวทางแก้ไข ได้แก่ การจัดอบรมและทบทวนความรู้เป็นประจำ การพัฒนาทักษะผ่านการฝึกปฏิบัติจริง การจัดทำแบบฟอร์มและแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การกำหนดพยาบาลผู้รับผิดชอบเฉพาะด้าน การพัฒนาเครือข่ายร่วมกับตำรวจและสถาบันแพทย์นิติเวช และการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยสื่อออนไลน์และสื่อสาธิต เพื่อให้การจัดการพยานของพยาบาลทุกระดับมีความถูกต้องสอดคล้องตามมาตรฐาน และสนับสนุนกระบวนการยุติธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของพยาบาลโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ จากการสัมภาษณ์พยาบาลจำนวน 30 คน และทำการถอดความเพื่อนำไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบว่า ภาพรวมระดับความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง

เกี่ยวกับพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ มีความเข้าใจพื้นฐานสอดคล้องกันว่า “พยานทางนิติวิทยาศาสตร์” คือหลักฐานที่ต้องเก็บ รักษา และส่งต่ออย่างถูกต้อง เพื่อใช้ในการพิจารณาคดี โดยพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลหลักฐานควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยคดีอย่างปลอดภัย บทบาทหลักของพยาบาลประกอบด้วยการเก็บ–รักษา–บันทึก–ส่งต่อพยาน พร้อมสนับสนุนแพทย์นิติเวชโดยเฉพาะนอกเวลาราชการ แม้บางกระบวนการจะต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แต่พยาบาลคือผู้ดูแลให้การจัดการพยานเป็นระบบและตรวจสอบย้อนกลับได้ อย่างไรก็ตาม ผลการสัมภาษณ์สะท้อนว่าพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการอบรมด้านนิติวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบ หรือได้รับเพียงพื้นฐานซึ่งไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ทำให้มีความต้องการพัฒนาความรู้ขั้นสูงเพิ่มเติม ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มต่างเห็นตรงกันว่าความรู้ด้านนิติวิทยาศาสตร์มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อบทบาทพยาบาล เพราะช่วยลดความเสี่ยงของข้อผิดพลาด เพิ่มความถูกต้องของหลักฐาน และสนับสนุนกระบวนการยุติธรรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการจัดเก็บและจัดการพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ของพยาบาลใน แต่ละระดับโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างโรงพยาบาลทั้งสามระดับในด้านข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร จำนวนผู้ป่วยคดี อุปกรณ์ และความพร้อมของพยาบาล ซึ่งสะท้อนความแตกต่างของบทบาทและภารกิจที่โรงพยาบาลแต่ละระดับต้องรับผิดชอบ โดยโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิพบปัญหามากที่สุด รองลงมาคือระดับทุติยภูมิ ขณะที่ระดับตติยภูมิประสบปัญหาน้อยที่สุดเนื่องจากมีระบบงานและทรัพยากรสนับสนุนที่เพียงพอ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความแตกต่างด้านข้อจำกัดตามระดับโรงพยาบาลปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ด้าน	ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิ	ตติยภูมิ
บุคลากร	ไม่มีแพทย์นิติเวช, ขาดความรู้/ทักษะ	มีแพทย์ทั่วไปแต่ไม่ใช่ นิติเวช, ขาดทักษะเฉพาะทาง	มีแพทย์นิติเวชเฉพาะทางและทีม มีทักษะครบ
จำนวนผู้ป่วยคดี	ต่ำ	กลาง	สูง
อุปกรณ์/ความพร้อม	จำกัด	พอใช้ แต่ไม่ครบ	ครบถ้วน
ความรู้/ทักษะ	เรียนรู้จากการทำงานจริง	เรียนรู้จากประสบการณ์และฝึกงาน	มีความรู้ครบและผ่านการอบรม

จากตารางที่ 1 แสดงความแตกต่างด้านทรัพยากร บุคลากร ความพร้อม และทักษะของพยาบาลในแต่ละระดับโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการจัดการพยานทางนิติวิทยาศาสตร์อย่างมีประสิทธิภาพ

ในด้านบุคลากร โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิไม่มีแพทย์นิติเวชประจำ และพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะเฉพาะทาง ส่งผลให้การเก็บพยานวัตถุอาจไม่ครอบคลุมหรือเสี่ยงต่อการปนเปื้อน ตรงกันข้ามกับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีแพทย์นิติเวชเฉพาะทางและทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ ทำให้การจัดการพยานมีความแม่นยำและเป็นระบบมากกว่า ส่วนระดับทุติยภูมิอยู่ในระดับกลาง มีแพทย์ทั่วไปช่วยดูแล แต่ยังขาดทักษะเชิงลึกด้านนิติเวช

สำหรับด้านจำนวนผู้ป่วยคดี พบว่าโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิพบผู้ป่วยคดีในปริมาณที่ต่ำ การปฏิบัติงานด้านนิติวิทยาศาสตร์จึงไม่เกิดขึ้นบ่อย ส่งผลให้พยาบาลขาดโอกาสฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ระดับทุติยภูมิมีผู้ป่วยคดีมากขึ้นและมีความจำเป็นต้องจัดการหลักฐานเพิ่มขึ้น ขณะที่ระดับตติยภูมิพบผู้ป่วยคดีมากที่สุด ทำให้บุคลากรมีประสบการณ์ตรงและพัฒนาทักษะได้อย่างเป็นระบบ

ในด้านอุปกรณ์และความพร้อมพบว่า

โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิมีข้อจำกัดชัดเจนด้านอุปกรณ์และชุดเก็บพยาน ทำให้ไม่สามารถเก็บหลักฐานได้ครบทุกประเภท โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแม้จะมีอุปกรณ์มากขึ้น แต่ยังไม่สมบูรณ์ ขณะที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีชุดอุปกรณ์ครบถ้วนและมีห้องตรวจเฉพาะทางที่เอื้อต่อการเก็บหลักฐานอย่างปลอดภัย

สุดท้ายในด้านความรู้และทักษะของพยาบาล จากการศึกษาพบว่าระดับปฐมภูมิมักเรียนรู้จากการทำงานจริงเนื่องจากไม่มีการอบรมเฉพาะทางอย่างเป็นระบบ ระดับทุติยภูมิมีความรู้มากขึ้นจากการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์คดีจริง ส่วนระดับตติยภูมิพยาบาลได้รับการอบรมเฉพาะทางและมีความรู้ครบถ้วนตามมาตรฐาน ส่งผลให้สามารถจัดการพยานได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

แนวทางพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการพยานทางนิติวิทยาศาสตร์

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลในทุกระดับโรงพยาบาลมีความต้องการพัฒนาความรู้และทักษะด้านนิติวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบ เนื่องจากบทบาทของพยาบาลในการ เก็บ รักษา บันทึก และส่งต่อพยานวัตถุ ถือเป็นขั้นตอนสำคัญที่ส่งผลต่อความถูกต้องของกระบวนการยุติธรรมโดยตรง อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การขาดองค์ความรู้เฉพาะทาง การไม่มีแพทย์นิติเวชประจำในบางระดับของโรงพยาบาล การขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็น และระบบการประสานงานที่ยังไม่มีมาตรฐานแน่ชัด ซึ่งอาจทำให้กระบวนการจัดการพยานเกิดความคลาดเคลื่อนได้

จากผลดังกล่าว แนวทางพัฒนาที่สำคัญประกอบด้วย การจัดอบรมเชิงทฤษฎีควบคู่การฝึกปฏิบัติจริง เพื่อให้พยาบาลมีทักษะที่แม่นยำในการเก็บรักษาพยานตามมาตรฐานสากล การฝึกปฏิบัติอย่างเป็นระบบยังช่วยลดข้อผิดพลาดที่เกิดจากการขาดประสบการณ์ โดยเฉพาะในสถานการณ์เร่งด่วน เช่น การรับผู้ป่วยคดีทำร้ายร่างกายหรือคดีเพศรุนแรง ซึ่งต้องอาศัยความรวดเร็วและความถูกต้องสูง นอกจากนี้ ควรมีการ ทบทวนองค์ความรู้และปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลสามารถตามทันความก้าวหน้าทางนิติวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากร

อีกประเด็นสำคัญคือ การพัฒนา แนวปฏิบัติงานมาตรฐาน (Standard Operating Procedures: SOP) ที่ชัดเจนสำหรับทุกระดับของโรงพยาบาล เพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนเดียวกันอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การเก็บตัวอย่าง การรักษาสภาพ การบันทึกข้อมูล ไปจนถึงการส่งต่อพยานขั้นสุดท้าย การมี SOP ที่ชัดเจนช่วยลดความแปรผันของการปฏิบัติงาน และทำให้สามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ตามหลักนิติวิทยาศาสตร์

นอกจากนี้ ควรมีการจัดหาอุปกรณ์และพื้นที่เก็บพยานอย่างเหมาะสม เช่น ชุดเก็บพยานทางเพศ ระบบบันทึก chain of custody ตลอดจนวัสดุสำหรับเก็บหลักฐานชีวภาพและไม่ใช่ชีวภาพให้ครบถ้วน การเสริมความพร้อมด้านบุคลากรเฉพาะทาง เช่น แพทย์นิติเวช หรือเจ้าหน้าที่ประสานงานด้านนิติวิทยาศาสตร์ ก็มีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อสนับสนุนพยาบาลในการปฏิบัติงาน

สุดท้าย การสร้าง ระบบการประสานงานที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ระหว่างพยาบาล แพทย์ ตำรวจ และห้องปฏิบัติการนิติวิทยาศาสตร์ เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้กระบวนการจัดการพยานเป็นไปอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และสามารถใช้เป็นหลักฐานในกระบวนการยุติธรรมได้อย่างน่าเชื่อถือ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลทั้งสามระดับมีความรู้และความเข้าใจด้านพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ในระดับปานกลางถึงสูง แม้พยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี แต่ยังมีถึงร้อยละ 80 ที่ไม่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทาง ส่งผลให้ผู้ที่เคยอบรมมีคะแนนความรู้สูงกว่า แม้ความแตกต่างไม่ปรากฏนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การอบรมมีบทบาทสำคัญ

ต่อการเสริมสร้างขีดความสามารถของพยาบาลในการจัดการพยานวัตถุ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Ledray[3] และ International Association of Forensic Nurses[2] ที่ระบุว่าการอบรมเฉพาะทางช่วยเพิ่มความแม่นยำและความมั่นใจในการเก็บหลักฐาน

เมื่อเปรียบเทียบบริบทของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลตติยภูมิซึ่งมีแพทย์นิติเวช ทีมสหวิชาชีพ และอุปกรณ์ครบถ้วน มีความพร้อมในการจัดการพยานสูงกว่า ขณะที่โรงพยาบาลปฐมภูมิพบข้อจำกัดชัดเจนทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ และจำนวนผู้ป่วยคดี ส่งผลให้โอกาสฝึกปฏิบัติจริงน้อยกว่า ปัญหาที่พบร่วมกันในทุกระดับ ได้แก่ การขาดแนวปฏิบัติมาตรฐาน การประสานงานที่ไม่เป็นระบบ อุปกรณ์ไม่ครบถ้วน และห้องเก็บพยานที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรอุษา พรมอ๊อด[10] ที่ย้ำว่าการจัดการพยานที่ไม่มีมาตรฐานทำให้ความน่าเชื่อถือของข้อมูลคดีลดลง

ผลการศึกษายังสอดคล้องกับผลงานในประเทศหลายฉบับ ได้แก่ สุมินตรา แสนแก้วกาศ (2560) ที่พบว่าบุคลากรมีความรู้พื้นฐานที่ดีเกี่ยวกับการรักษาสถานที่เกิดเหตุ แต่ความลุ่มลึกขึ้นอยู่กับบริบทของโรงพยาบาล, สุชัญญา กุศลสกาวรัตน์ และณรงค์ กุลนิเทศ[9] ที่รายงานว่าพยาบาลมีความรู้ดีแต่ยังขาดทักษะภาคปฏิบัติ และจริยา อรัญญะ กับปริญญา สีลานันท์[12] ที่ชี้ว่าการอบรมและประสบการณ์จริงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความรู้ด้านนิติวิทยาศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่งานของมนัส สาธินวน[4] และธัญสินี นาแพร่ และคณะ[6] ยืนยันว่าคู่มือมาตรฐานและการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติช่วยเพิ่มความแม่นยำในการเก็บพยานอย่างมีประสิทธิภาพ

ในภาพรวม ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นความจำเป็นของการพัฒนาระบบสนับสนุนด้านนิติวิทยาศาสตร์ในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยเฉพาะการอบรมต่อเนื่อง การเพิ่มอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน การพัฒนา SOP ร่วมกัน และการสร้างเครือข่ายสหวิชาชีพเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของพยาบาลในกระบวนการยุติธรรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. โรงพยาบาลควรจัดทำคู่มือหรือแนวปฏิบัติที่เป็นระบบสำหรับการจัดการพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ ครอบคลุมขั้นตอนการเก็บ รักษาสภาพ บันทึก และส่งต่อพยาน เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินงานได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกัน

2. ควรจัดให้มีการอบรมและทบทวนความรู้ด้านพยานทางนิติวิทยาศาสตร์อย่างสม่ำเสมอ ทั้งใน รูปแบบออนไลน์และเชิงปฏิบัติการ

3. ส่งเสริมให้พยาบาลมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมหรือฝึกประสบการณ์ตรงกับแพทย์นิติเวช เพื่อเพิ่ม ทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังพยาบาลในจังหวัดอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความหลากหลายและความแม่นยำของข้อมูล

2. ศึกษาผลกระทบของการอบรมหรือคู่มือการปฏิบัติที่มีต่อความถูกต้องในการจัดการพยานทางนิติ วิทยาศาสตร์

3. วิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรคและปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลในการจัดการ พยาน เพื่อนำไปปรับปรุงนโยบายและมาตรฐานการปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2020). Strengthening forensic services in healthcare settings: Evidence handling guidelines. WHO Press.
2. International Association of Forensic Nurses. (2021). Forensic nursing: Scope and standards of practice (3rd ed.). IAFN.
3. Ledray, L. (2015). Sexual assault nurse examiner training and practice: Improving forensic evidence collection. Journal of Forensic Nursing, 11(2), 117–125.

4. อัญชลี แสงชาญชับ.(2567). การขาดแคลนพยาบาล : ปัญหาสาธารณสุขไทยและข้อเสนอเชิงนโยบาย. วารสารบัณฑิตศึกษาวิชาการ, 2567:2(2):26-36.
5. มนัส สาธินวน.(2567). ความรู้และความเข้าใจในการเก็บรวบรวมพยานหลักฐานทางนิติเวชศาสตร์และนิติ วิทยาศาสตร์จากผู้ป่วยในคดียาเสพติดโดยบุคลากรสหวิชาชีพในเครือข่ายโรงพยาบาลสังกัดกรม สุขภาพจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขานิติวิทยาศาสตร์. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
6. ธัญสินี นาแพร่, อรทัย เขียวพุ่ม.(2567). ความรู้ความเข้าใจของพยาบาลเกี่ยวกับหลักฐานทางนิติวิทยาศาสตร์ ของผู้ป่วยกรณีความผิดทางเพศโรงพยาบาลสมุทรสาคร. มหาวิทยาลัยศิลปากร
7. สุมินตรา แสนแก้วกาศ.(2564). ความรู้และความเข้าใจในการรักษาสถานที่เกิดเหตุและวัตถุพยานของเจ้าหน้าที่ใน หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการอาชญาวิทยาและนิติวิทยาศาสตร์. 2564;7(1):23-38.
8. สุชัญญา กุศลสกาวรัตน์, ณรงค์ กุลนิเทศ.(2565). การรับรู้และทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการเก็บ หลักฐานในผู้ป่วยคดีถูกกระทำชำเรา. วารสารวิชาการอาชญาวิทยาและนิติวิทยาศาสตร์. 2565;8(1):76-93.
9. ปัจจิกาล สุวรรณชาศรี.(2558). ความเข้าใจของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเกี่ยวกับหลักฐานทางนิติเวชและนิติวิทยาศาสตร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศิลปากร
10. อรอุษา พรมอ๊อด.(2565). การศึกษามาตรฐานการจัดการการเก็บรวบรวมพยานหลักฐานในพื้นที่เกิดเหตุคดีอาญาในพื้นที่ห่างไกล. วิทยานิพนธ์ศิลปะศาตรมหาบัณฑิต สาขาอาชญาวิชทยาและการบริหารงานยุติธรรม. มหาวิทยาลัยรังสิต
11. จริยา อรัญญะ, ปริญญา สีลานันท์.(2565). ความรู้ความเข้าใจในงานด้านนิติวิทยาศาสตร์ของบุคลากรโรงพยาบาล ปากน้ำชุมพรและโรงพยาบาลทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสวนดุสิต. 2565;18(1):105-118.

รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

An Empowerment-Based Model to Promote Breastfeeding among Postpartum Adolescent Mothers

(Received: December 27,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: January 14,2026)

วิไลลักษณ์ ไชยมงคล[1] ธีรวัฒน์ พงศ์ภาณุพัฒน์[2]
Wilailuk chaimongkol[1] Teerawart Pongpanupart[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและนำเสนอรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ให้สอดคล้องกับบริบทระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศไทย การดำเนินการวิจัยอาศัยการสังเคราะห์องค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House ร่วมกับการศึกษาสถานการณ์จริงจากมารดาวัยรุ่นหลังคลอดและบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์เชิงพรรณนาเป็นหลัก

ผลการวิจัยพบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเผชิญข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่นในบทบาทมารดา โดยเฉพาะในระยะหลังคลอดช่วงแรก ส่งผลต่อการเริ่มต้นและการคงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง ปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อความสำเร็จ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือเชิงปฏิบัติ จากการสังเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) การเสริมสร้างความเชื่อมั่นและศักยภาพในการตัดสินใจของมารดาวัยรุ่น 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายสนับสนุน และ 4) การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากระบบบริการสุขภาพและชุมชน ผลการประเมินรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ความครอบคลุม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับดีถึงดีมาก โดยเฉพาะความสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ; การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่; มารดาวัยรุ่น; ระบบบริการสุขภาพ

Abstract

This survey research aimed to develop and present an empowerment-based model to promote breastfeeding among postpartum adolescent mothers, aligned with the context of Thailand's primary health care system. The study integrated evidence from a literature review, related research, Gibson's empowerment concept, and House's social support framework with an analysis of real-life situations experienced by postpartum adolescent mothers and health care providers in the community. Qualitative data and descriptive analysis were primarily used to synthesize key components and processes of the model.

The findings revealed that postpartum adolescent mothers commonly faced limitations in knowledge, skills, and confidence in their maternal role, particularly during the early postpartum period. These limitations negatively affected both the initiation and continuation of breastfeeding. Key facilitating factors included continuous support from family members and health care providers, encompassing emotional support, informational guidance, and practical assistance. Based on the synthesis of empirical data and theoretical concepts, an empowerment-based model was developed comprising four core components: 1) enhancing knowledge and understanding of breastfeeding, 2) strengthening self-confidence and decision-making capacity of adolescent mothers, 3) promoting family and social network involvement, and 4) providing continuous support from the health care system and community. Expert

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์
Corresponding author: Teerawart Pongpanupart Email: Pongpanupart143@gmail.com

evaluation indicated that the developed model demonstrated good to very good levels of appropriateness, comprehensiveness, and feasibility for practical implementation, particularly within maternal and child health clinics and breastfeeding clinics at the primary care level.

Keywords: Empowerment, Breastfeeding, Adolescent mothers, Primary health care

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถือเป็นมาตรการสำคัญเชิงสาธารณสุขที่ส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาพของทารกอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการ รวมถึงช่วยลดภาระโรค และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของระบบบริการสุขภาพในระดับประเทศ การให้นมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแม่และเด็กที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถลดอัตราการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อในทารก เสริมสร้างภูมิคุ้มกันในระยะยาว และส่งผลดีต่อพัฒนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ[1,2] นอกจากนี้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังมีบทบาทในการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังในระยะยาว เช่น โรคอ้วน และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยเด็ก และวัยผู้ใหญ่[3] อย่างไรก็ตาม แม้จะมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนอย่างชัดเจน แต่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในหลายประเทศยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ ร้อยละ 50 ขึ้นไป สำหรับทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนานโยบาย และมาตรการสนับสนุนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง[1,2]

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 6 เดือนแรก ถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญด้านสุขภาพเด็ก เนื่องจากช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน บำรุงโภชนาการ และส่งเสริมพัฒนาการทางร่างกาย และสติปัญญาของทารกอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจสถานการณ์เด็ก และสตรีของประเทศไทยล่าสุดในปี 2568 พบว่ายังมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ต่ำกว่าที่คาดหวัง และเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน โดยมีเพียงประมาณ ร้อยละ 28.6 ของทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือนแรกของชีวิตเท่านั้น[4] สถิติที่เกิดขึ้นสะท้อนให้เห็นว่าแม้จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการสำรวจครั้งก่อน แต่ระดับอัตราที่ได้ยังไม่ตอบโจทย์ตามมาตรฐานสากลหรือเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 50 สำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรก ซึ่งเป็นเป้าหมายที่มุ่งลดความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อและปัญหาทางโภชนาการต่างๆ ในช่วงวัยทารก[5] ปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตรานี้มีหลายด้าน รวมถึงความเชื่อและพฤติกรรมการให้นมแม่ที่ยังไม่เป็นไปตามคำแนะนำ พร้อมกับภาระหน้าที่และสภาพแวดล้อมสังคม เช่น การกลับไปทำงานของแม่หลังคลอด ซึ่งอาจทำให้แม่เลือกที่จะเสริมนมผงควบคู่ไปด้วย แทนที่จะเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียว[6] จากสถานการณ์ดังกล่าว ภาครัฐ และภาคีเครือข่ายจึงเร่งผลักดันนโยบาย และมาตรการต่างๆ เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือนครบถ้วน โดยมุ่งสร้างความตระหนัก ความพร้อมทั้งที่ระดับครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้สัดส่วนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของเด็กไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมต่อไปในอนาคต

มารดาวัยรุ่นหลังคลอดจัดเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในอัตราที่ต่ำกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากต้องเผชิญข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ วุฒิภาวะทางอารมณ์ และสังคมที่ยังไม่สมบูรณ์ ความเชื่อมั่นในบทบาทมารดาที่ต่ำ การขาดทักษะในการดูแลทารก รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และคู่ครองในระดับจำกัด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเริ่มต้น และคงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง[7] หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากคู่ครอง สมาชิกในครอบครัว และเครือข่ายชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของมารดา (Breastfeeding self-efficacy) ซึ่งเป็นตัวแปรทำนาย

สำคัญของระยะเวลา และความต่อเนื่องในการให้นมแม่[8] นอกจากนี้ การศึกษาทางคลินิกและการทบทวนอย่างเป็นระบบยังพบว่า การให้คำปรึกษาและการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด จนถึงระยะหลังคลอด สามารถเพิ่มอัตราการเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9]

ในบริบทของประเทศไทย งานวิจัยที่มุ่งพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นพบว่า รูปแบบการดูแลที่ผสมผสานการให้ความรู้ การเสริมสร้างทักษะ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับการเรียนหรือการทำงานของมารดาวัยรุ่น สามารถเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ[10] อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าการดำเนินงานในระบบบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องมีแนวทางที่ชัดเจนในการบูรณาการกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพของมารดา การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนจากชุมชน เข้ากับระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มมารดาวัยรุ่น ด้วยเหตุนี้การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด จึงมีความสำคัญทั้งในเชิงนโยบายและปฏิบัติการ เพื่อขับเคลื่อนเป้าหมายการดูแลสุขภาพแม่ และเด็กให้เป็นไปตามมาตรฐานสาธารณสุขของประเทศไทย และองค์การอนามัยโลก พร้อมทั้งตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะกลุ่มมารดาวัยรุ่นอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาและนำเสนอรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ในบริบทการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

2. เพื่อสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและการสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ให้สอดคล้องกับบริบทระบบบริการสุขภาพและชุมชน

4. เพื่ออธิบายองค์ประกอบ ขั้นตอน และกระบวนการของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้น สำหรับการประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและนำเสนอรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยอาศัยการสังเคราะห์องค์ความรู้จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบริบทงานสาธารณสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 10–19 ปี ซึ่งมารับบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก และบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ตามระยะของการดำเนินการวิจัย ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้แก่ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีอายุระหว่าง 10–19 ปี อยู่ในระยะหลังคลอดไม่เกิน 6 เดือน มีทารกมีชีวิตและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นข้อห้ามในการเลี้ยง

ลูกด้วยนมแม่ สามารถสื่อสารภาษาไทยและให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวน 30 คน และ 2) กลุ่มตัวอย่างผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข การพยาบาลแม่และเด็กหรือการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 3–5 คน ซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหรือวิจัยในสาขาที่เกี่ยวข้องไม่น้อยกว่า 5 ปี ทำหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะ และตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อใช้เก็บข้อมูลทั่วไปของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อายุครรภ์ขณะคลอด ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และคำถามปลายเปิดบางส่วน

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อศึกษาประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรค ความต้องการ และปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ครอบคลุมประเด็นด้านความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อมั่นในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือนี้ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะการศึกษาสถานการณ์

3. แบบประเมินการเสริมสร้างพลังอำนาจและการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House ประกอบด้วยข้อคำถามที่สะท้อนการรับรู้ศักยภาพของตนเอง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความสามารถในการจัดการปัญหา และการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การประเมินค่าและทรัพยากร ใช้รูปแบบมาตรประมาณค่า (Likert scale)

4. แบบตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นแบบประเมินที่ใช้สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความครอบคลุม และความชัดเจนของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้น โดยใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ และคำถามปลายเปิดสำหรับข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุด ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขและการพยาบาลแม่และเด็ก จำนวน 3 คน ซึ่งมีประสบการณ์ด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการวิจัยด้านสุขภาพแม่และเด็กไม่น้อยกว่า 5 ปี ผู้ทรงคุณวุฒิทำการประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามของเครื่องมือกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาใช้วิธีการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item–Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์ค่าดัชนีที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ผลการตรวจสอบพบว่าเครื่องมือทุกชุดมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67–1.00 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาและมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินการเสริมสร้างพลังอำนาจและการสนับสนุนทางสังคม ได้นำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบ

ประเมินมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 ซึ่งอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความสม่ำเสมอภายในและสามารถใช้ในการวัดตัวแปรตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้อย่างน่าเชื่อถือ

สำหรับแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากแหล่งเดียวกันอย่างสม่ำเสมอ และการตรวจสอบข้อมูลซ้ำกับผู้ให้ข้อมูล (Member checking) เพื่อยืนยันความถูกต้อง และความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็นขั้นตอนอย่างเป็นระบบตามกระบวนการวิจัยเชิงพัฒนารูปแบบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย และเอกสารทางวิชาการทั้งใน และต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ปัจจัย และแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบริบทงานสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาวัยรุ่นหลังคลอดโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อศึกษาประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค ความต้องการ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบ

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยนำผลจากการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House เพื่อกำหนดองค์ประกอบ ขั้นตอน และกิจกรรมของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ ผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข และการพยาบาลแม่และเด็กประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความครอบคลุมของรูปแบบ โดยใช้แบบตรวจสอบความเหมาะสม พร้อมรวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การสรุป และนำเสนอรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และสรุปเป็นรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด พร้อมจัดทำคำอธิบายองค์ประกอบ และขั้นตอนของรูปแบบอย่างเป็นระบบ เพื่อการนำไปประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพแม่ และเด็ก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการเสริมสร้างพลังอำนาจและการสนับสนุนทางสังคม ทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ทำการถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณา และรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดเลขที่รับรอง BRO 2023-189 รับรองวันที่ 28 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย สามารถสรุปสาระสำคัญได้เป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีข้อจำกัดด้านความรู้ ความมั่นใจในบทบาทมารดา และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะในช่วงระยะหลังคลอดระยะแรก ปัญหาที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับปริมาณน้ำนม ความเจ็บปวดขณะให้นม การขาดผู้ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และอิทธิพลจากครอบครัวที่ส่งเสริมการใช้นมผสม ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนว่า ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และการตัดสินใจส่วนใหญ่อยู่ภายใต้อิทธิพลของบุคคลรอบข้าง ทั้งนี้ การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือเชิงปฏิบัติจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการเริ่มต้นและการคงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปสถานการณ์ ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

ประเด็นการวิเคราะห์	สาระสำคัญที่พบ
ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	มารดาวัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่ในระดับพื้นฐาน แต่ขาดความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับเทคนิคการให้นม การจัดท่าทาง และการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า
ความเชื่อมั่นในตนเอง	ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยเฉพาะในระยะหลังคลอดช่วงแรก
ปัญหาและอุปสรรค	ความกังวลเรื่องปริมาณน้ำนม ความเจ็บปวดขณะให้นม ความเหนื่อยล้า และการขาดผู้ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง
อิทธิพลจากครอบครัว	การตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้รับอิทธิพลจากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะมารดาและคู่ครอง ซึ่งบางกรณีส่งเสริมการใช้นมผสม
การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ	การได้รับข้อมูลและคำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการเริ่มต้นและการคงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
ความต้องการของมารดาวัยรุ่น	ต้องการการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง การให้คำปรึกษาที่เข้าใจง่าย และการมีผู้ดูแลใกล้ชิดในช่วงหลังคลอด

2. องค์ประกอบของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเสริมสร้างความเชื่อมั่น และศักยภาพในการตัดสินใจของมารดาวัยรุ่น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และเครือข่ายสนับสนุน การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากระบบบริการสุขภาพ และชุมชน และองค์ประกอบดังกล่าวถูกออกแบบให้เชื่อมโยงกันเป็นกระบวนการต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นมารดาวัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง และสอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

3. ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการประเมินรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความเหมาะสม ความครอบคลุม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับดีถึงดีมาก โดยเฉพาะความสอดคล้องกับบริบทครอบครัว และชุมชน และบทบาทของบุคลากรสุขภาพในการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่เน้นการเพิ่มความยืดหยุ่นของกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทชีวิตของมารดาวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงรูปแบบก่อนสรุปเป็นรูปแบบสุดท้าย ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ประเด็นการประเมิน	ระดับผลการประเมิน	สาระสำคัญ
ความเหมาะสมขององค์ประกอบรูปแบบ	ดี–ดีมาก	องค์ประกอบครอบคลุมมิติการเสริมสร้างพลังอำนาจและการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเหมาะสม
ความชัดเจนของขั้นตอน	ดี	ขั้นตอนการดำเนินงานมีความเป็นลำดับ เข้าใจง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติได้
ความสอดคล้องกับบริบท	ดีมาก	รูปแบบสอดคล้องกับบริบทครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	ดี–ดีมาก	สามารถประยุกต์ใช้ได้จริงโดยบุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการ
ความยืดหยุ่นของกิจกรรม	ดี	ควรปรับกิจกรรมให้ยืดหยุ่นตามบริบทชีวิตของมารดาวัยรุ่น

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และนำเสนอรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยอาศัยการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์จากสถานการณ์จริง แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นประเด็นสำคัญที่สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. สถานการณ์ และปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ผลการวิจัยพบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีข้อจำกัดด้านความรู้ ความเชื่อมั่นในบทบาทมารดา และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะในช่วงระยะหลังคลอดระยะแรก ซึ่งส่งผลให้การเริ่มต้น และการคงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องเป็นไปได้ยากสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภัสสร เลาะหะนะ และคณะ[10] ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก พบว่า มารดาวัยรุ่นมีระดับความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับต่ำก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมักประสบปัญหาความไม่มั่นใจในปริมาณน้ำนม และทักษะการให้นม ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง และการศึกษาวิจัยของ มยุรา เรืองเสรี และวราทิพย์ แก่นการ[11] พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ และทัศนคติของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่ และการจัดการปัญหาในระยะหลังคลอดช่วงต้น หากมารดาวัยรุ่นขาดความรู้ และการสนับสนุนที่เหมาะสม จะมีแนวโน้มเลิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เร็วกว่ากลุ่มมารดาวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นัยนา ภูลม และคณะ[12] ซึ่งพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากมารดา คู่ครอง และบุคลากรสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจและแรงจูงใจของมารดาวัยรุ่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือเชิงปฏิบัติในช่วงหลังคลอด สรุปได้ว่า ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดมิได้เกิดจากปัจจัยด้านบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากการขาดการเสริมสร้างพลังอำนาจและการสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นระบบ ซึ่งสนับสนุนความเหมาะสมของการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในบริบทประเทศไทย และการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลและการติดตามในชุมชน สามารถลดความวิตกกังวลและเพิ่ม

ความเชื่อมั่นในตนเองของมารดาวัยรุ่น ส่งผลให้ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยาวนานขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่เน้นบทบาทของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

2. ความเหมาะสมของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ซึ่งประกอบด้วยการเสริมสร้างความรู้ การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากระบบบริการสุขภาพ มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับดีถึงดีมาก ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นฐาน โดยสอดคล้องจากการศึกษาวิจัยของ สุภัสสร เลาะหะนะ และคณะ[10] ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาวัยรุ่น พบว่า โปรแกรมที่เน้นการเพิ่มความรู้ การเสริมสร้างความมั่นใจ และการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ มีความเหมาะสมต่อบริบทของมารดาวัยรุ่น และสามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ และการศึกษาวิจัยของ พรนิภา ดีมงคล และคณะ[13] ที่พัฒนาแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน พบว่า รูปแบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว และการติดตามอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพ ได้รับการประเมินว่ามีความเหมาะสม และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยเฉพาะในบริบทชนบท และระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้ จากการศึกษางานวิจัยของ ชิดชนก พันธ์ป้อม และคณะ[14] ซึ่งพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาหลังคลอดเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า โปรแกรมที่ออกแบบให้มารดามีบทบาทในการตัดสินใจ ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และมีบุคลากรสุขภาพเป็นผู้เอื้ออำนวยการเรียนรู้ ส่งผลให้รูปแบบมีความเหมาะสม และได้รับการยอมรับจากผู้ปฏิบัติงานและกลุ่มเป้าหมาย ผลการวิจัยสนับสนุนผลการศึกษาวิจัยว่า การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีประสิทธิผล ควรเป็นรูปแบบที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ และมุ่งเน้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson[15] และแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทย

3. การเชื่อมโยงรูปแบบกับการปฏิบัติการพยาบาล และระบบบริการสุขภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในคลินิกแม่และเด็กหรือคลินิกนมแม่ ซึ่งมีพยาบาลเป็นบุคลากรหลักในการให้การดูแลส่งเสริม สนับสนุน และติดตามมารดาวัยรุ่นหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง ผลการค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่เน้นบทบาทเชิงรุกของพยาบาล และการทำงานเชื่อมโยงกับครอบครัว และชุมชน โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภัสสร เลาะหะนะ และคณะ[10] พบว่า โปรแกรมที่พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา ประสานการมีส่วนร่วมของครอบครัว และติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดบริการที่ไม่จำกัดอยู่เพียงการให้ความรู้ แต่เน้นกระบวนการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ และการศึกษาวิจัยของ นัยนา ภูลม และคณะ[12] ชี้ให้เห็นว่า การจัดบริการคลินิกนมแม่ที่มีระบบติดตามและให้คำปรึกษาโดยพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะของมารดาวัยรุ่น และเอื้อต่อการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยของ ชิดชนก พันธ์ป้อม และคณะ[14] พบว่า การดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งการให้คำปรึกษาหลังคลอด การ

เยี่ยมบ้าน และการติดตามในชุมชน มีส่วนช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองของมารดา และส่งเสริมการคงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีความเปราะบางทางสังคม จากการศึกษางานวิจัยสนับสนุนผลการวิจัยว่า รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เน้นบทบาทของพยาบาล การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างหน่วยบริการกับชุมชน เป็นแนวทางที่เหมาะสมและสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย และสามารถนำไปใช้เพื่อยกระดับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สะท้อนให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมิได้เป็นเพียงการให้ความรู้ แต่เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มารดาวัยรุ่นเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ได้รับการสนับสนุนจากสังคมรอบด้าน และสามารถตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน กล่าวโดยสรุป รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานด้านสาธารณสุข และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลมารดาวัยรุ่นในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ การนำรูปแบบไปใช้ควรคำนึงถึงความยืดหยุ่น และบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพแม่ และเด็กอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่ และเด็ก ควรนำรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยเน้นการเสริมสร้างความรู้ความเชื่อมั่นในตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวควบคู่กับการติดตามอย่างต่อเนื่องในชุมชน นอกจากนี้ ควรบูรณาการรูปแบบดังกล่าวเข้ากับระบบบริการปกติของคลินิกแม่ และเด็กหรือคลินิกนมแม่ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล และเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืนในกลุ่มมารดาวัยรุ่น

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการบริหารจัดการ

หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรสนับสนุนการพัฒนาแนวทางหรือคู่มือการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สอดคล้องกับบริบทของมารดาวัยรุ่น โดยเน้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน รวมถึงสนับสนุนทรัพยากรและศักยภาพของบุคลากรสุขภาพให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นต่อผลลัพธ์ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ระยะเวลา และความต่อเนื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว รวมถึงการเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ นอกจากนี้ ควรขยายการศึกษาไปยังบริบทพื้นที่ที่หลากหลาย และติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบและการนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพระดับต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization.(2023). Infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2023.

2.World Health Organization, UNICEF.(2003). Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003.

3.Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al.(2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016;387(10017):475–90.

4.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2568). โครงการภาคีร่วมใจส่งรักส่งนมจากอกแม่สู่ลูก. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2025/03/33489

5.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2568). การประชุมเพื่อระดมความคิดร่วมกับภาคีเครือข่าย. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2025/06/34500

6.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2568). การประชุมเพื่อระดมความคิดเพื่อขับเคลื่อนและยกระดับนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน สู่นโยบายแห่งชาติ. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai/44296

7.SmithBattle L.(2013). Teen mothers' experiences of breastfeeding. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2013;42(2):145–55.

8.Meedya S, Fahy K, Kable A.(2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months. Women Birth. 2010;23(4):135–45.

9.Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al.(2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016;387(10017):491–504.

10.สุภัสสร เลาะหะนะ, พัชนียา เชียงตา, พรนิภา ดีมงคล, ชิดชนก พันธ์ป้อม, ณัฏฐ์นรี คำอุไร, นัยนา ภูลม.(2564). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2564;27(1):91–105.

11.มยรุา เรืองเสรี และวราทิพย์ แก่นการ.(2562). การศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาวัยรุ่นที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(1):195-204.

12.นัยนา ภูลม, จินตนา วัชสินธุ์, และนุจรี ไชยมงคล. (2561). นิเวศวิทยาครอบครัว: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กวัยเตาะแตะ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 22(1), 18-36.

13.พรนิภา ดีมงคล, ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง, วรรณา พาหุวัฒนกร, ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร.(2563). ปัจจัยทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ของสตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน. Nurs Sci J Thai. 2563;38(2):46–58.

14.ชิดชนก พันธ์ป้อม, พรนิภา วงษ์มาก, พัชนียา เชียงตา, ณัฏฐ์นรี คำอุไร.(2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความรู้และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน. วารสารพยาบาลเกื้อการุณย์. 2568;32(1):49-63.

15. Gibson CH.(1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Adv Nurs. 1995 Jun;21(6):1201-10. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x. PMID: 7665789.

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลหญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวาปีปทุม

Effectiveness of Clinical Practice Guideline for Pregnant women with Gestational Diabetes Mellitus in Wapipathum Hospital.

(Received: December 30,2025 ; Revised: January 13,2026 ; Accepted: January 17,2026)

วัศพล ทองสมบูรณ์[1]
Wassapol Thongsomboon[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยเปรียบเทียบแนวปฏิบัติรูปแบบเดิมกับแนวปฏิบัติรูปแบบใหม่ และศึกษาความสัมพันธ์ของแนวปฏิบัติดังกล่าวกับภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเหตุไปหาผล (retrospective cohort study) โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด จากระบบ HosXP ของโรงพยาบาลวาปีปทุม ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2567 กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติรูปแบบเดิม 38 ราย และแนวปฏิบัติรูปแบบใหม่ 42 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Stata version 17.0 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติรูปแบบใหม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 83.3 และ 52.6 ตามลำดับ, p = 0.003) และลดภาวะแทรกซ้อนของทารกอย่างมีนัยสำคัญ (RR = 0.72, 95%CI: 0.55–0.94, p = 0.016)

คำสำคัญ : รูปแบบการติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเอง, ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ภาวะแทรกซ้อนทารก

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of conventional and newly implemented clinical practice guidelines for the care of women with GDM and to examine their associations with maternal and neonatal complications. A retrospective cohort study was conducted using medical records data of pregnant women diagnosed with GDM from pregnancy until the postpartum period. Data were obtained from the HosXP database of Wapipathum Hospital between 2020 and 2024. Participants were divided into a conventional guideline group (n = 38) and a new guideline group (n = 42). Data were analyzed using Stata version 17.0, with statistical significance set at $p < 0.05$.

The results demonstrated that women managed under the new practice guideline achieved significantly better glycemic control than woman managed under the conventional guideline (83.3% vs. 52.6%, p = 0.003) and a significantly lower risk of neonatal complications (RR = 0.72, 95% CI: 0.55–0.94, p = 0.016).

Keywords: Self-monitoring Blood glucose program, Gestational diabetes mellitus, Health literacy, Neonatal complications

บทนำ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus ,GDM) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ซึ่งเกิดจากความบกพร่องในการทนต่อกลูโคสที่ตรวจพบครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากระดับฮอร์โมนที่รกสร้างขึ้นมีผลต้านฤทธิ์

[1] พ.บ กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ประเทศไทย

อินซูลิน จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น[1] เป็นภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุมากกว่า 35 ปี มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน มีค่า BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 25 kg/m^2 มีประวัติการตั้งครรภ์ครั้งที่ผ่านมาเป็นโรคเบาหวาน มีภาวะความดันโลหิตสูง มีประวัติการคลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม[2,3]

อุบัติการณ์การเกิดโรคภาวะเบาหวานจากสมาคมเบาหวานนานาชาติ ปี ค. ศ. 2024 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 588.7 ล้านคน คาดว่าปี ค. ศ. 2050 อาจเพิ่มสูงถึง 852.5 ล้านคน เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 45 ในกลุ่มประชากรเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวนถึง 106.9 ล้านคน ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 24.9 และมีทารกได้รับผลกระทบจากมารดาที่เป็นเบาหวานประมาณ 7 ล้านทารกมีชีพ การเกิดภาวะเบาหวานในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในประเทศกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบในประเทศไทย ร้อยละ 26.5 สิงคโปร์ ร้อยละ 27.1 มาเลเซีย ร้อยละ 27.3 และเวียดนามร้อยละ 21.0 [4] จากอุบัติการณ์ที่หญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยเบาหวานสูงขึ้นนั้นยังพบว่าหลังคลอดด้านทารกยังมีโอกาสได้รับผลกระทบจากมารดาที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 14.35 [5]

โรงพยาบาลวาปีปทุม เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ขนาด 120 เตียง มีประชากรในเขตรับผิดชอบ 113,577 คน ให้บริการและรองรับเครือข่ายโรงพยาบาล 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลแกดำ จากข้อมูลทางสถิติ โรงพยาบาลวาปีปทุมมีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ ระหว่างปีงบประมาณ 2563-2567 จำนวน 488, 480, 414, 388 และ 395 ราย มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 30, 29, 32, 27 และ 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.14, 6.04, 7.72, 6.96 และ 6.58 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนต่อทั้งต่อมารดาและทารก เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) ภาวะทารกตัวโต (Macrosomia) ภาวะครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios) ภาวะคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิด (Neonatal hypoglycemia) ภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด (Respiratory distress syndrome) ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (Neonatal jaundice) การติดเชื้อ (Early onset neonatal sepsis) เป็นต้น[6,7] ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพเรื้อรังต่อไป ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดการตั้งครรภ์จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

จากแนวทางปฏิบัติของ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลวาปีปทุม จะมีการตรวจเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย (Universal screening) ทำการตรวจแบบ 2 ขั้นตอน (2 step screening) คัดกรองโดยการใช้น้ำตาลกลูโคส 50 gm glucose challenge test หากระดับน้ำตาลในพลาสมาสูงกว่า 140 mg/dl แสดงว่าอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติต้องนัดหญิงตั้งครรภ์มารับการตรวจวินิจฉัยโดยการใช้น้ำตาลกลูโคส 100- gram oral glucose tolerance test โดยทำการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาล ณ ชั่วโมงที่ 0, 1, 2 และ 3 โดยค่าปกติคือ 105, 190,165 และ 145 mg/dl (ใช้เกณฑ์ของ National Diabetes Data Group) หากผิดปกติ 2 ค่าขึ้นไป จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ถ้าค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติให้นัดมาตรวจวินิจฉัยโดยการใช้น้ำตาลกลูโคส 50 gm GCT ซ้ำอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ 24 - 28 สัปดาห์

ในปี พ.ศ. 2565 กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรมได้พัฒนารูปแบบการให้บริการรูปแบบใหม่เรียกว่า รูปแบบการติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเอง (Self-monitoring Blood glucose program) โดยอาศัยการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) โดยมีแนวคิดตามหลักการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)[8]

ผสมผสานกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management)[9,10] และใช้ความร่วมมือของหญิงตั้งครรภ์เป็นหัวใจสำคัญ ความรอบรู้ทางสุขภาพมีบทบาททั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ผ่านการจัดการตนเอง มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมหรือลดระดับน้ำตาลในเลือดได้[11,12,13,14,15] ซึ่งสอดรับกับพันธกิจของโรงพยาบาลวาปีปทุมที่กล่าวว่า ส่งเสริม สนับสนุนภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ให้มีส่วนร่วมกับการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน เพื่อสร้างสุขภาวะอย่างยั่งยืน รูปแบบการติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเองนี้ ใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2565 จนถึงปัจจุบัน และใช้ควบคู่กับการให้บริการรูปแบบเดิม ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย รูปแบบการติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเองนี้จะมีระบบให้ยืมเครื่องตรวจระดับน้ำตาลและอุปกรณ์ในการเจาะตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว มีการอบรมขั้นตอนการเจาะตรวจน้ำตาลปลายนิ้วที่ถูกวิธีโดยผู้เชี่ยวชาญ พร้อมคู่มือการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และบันทึกผลการตรวจตามเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนด

แนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานทั้งสองรูปแบบนั้น ยังไม่มีการประเมินผลว่ามีประสิทธิภาพเพียงใด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการติดตามระดับน้ำตาลรูปแบบใหม่คือการติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเองกับรูปแบบเดิมคือการนัดตรวจที่โรงพยาบาลวาปีปทุม รวมถึงศึกษาภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน จัดบริการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เป็นแนวทางในการลดภาวะแทรกซ้อน ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดได้ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดระยะเวลาการรอคอยในสถานพยาบาล และลดความแออัดในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดูแลหญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในการใช้แนวปฏิบัติรูปแบบเดิมและแบบใหม่

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้แนวปฏิบัติรูปแบบเดิมและแบบใหม่กับภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนของทารก

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) โดยนำข้อมูลจากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังคลอดที่ได้จากการบันทึกใน HosXp ของโรงพยาบาลวาปีปทุม มาวิเคราะห์ทำการเก็บข้อมูลใน ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2567 หญิงตั้งครรภ์จำนวนทั้งหมด 2,165 ราย เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 144 ราย ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า แบ่งเป็นกลุ่มแนวปฏิบัติเดิม จำนวน 38 ราย แนวปฏิบัติใหม่จำนวน 42 ราย

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่ม

ขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้การประมาณค่าขนาดตัวอย่างจากโปรแกรม G power version 3.1.9.7 สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ด้วยการทดสอบ ที (t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ α = 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.90 (Power of test 90%) อัตราส่วนขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลองต่อกลุ่มควบคุม (Allocation ratio) เท่ากับ 1 และผู้วิจัยกำหนดค่า Effect size d เท่ากับ 0.8 (Large Effect size)[7] ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบ consecutive case selection จากระบบรายงานผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการ

วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในช่วงปี พ.ศ. 2563–2567 ทั้งหมดที่มีคุณสมบัติเข้าตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในช่วงปี 2563–2567 ใช้แบบบันทึกข้อมูลเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ แบบสอบถามทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน และตรวจสอบความครบถ้วนของเวชระเบียนก่อนนำมาใช้ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติรูปแบบเดิมและแนวปฏิบัติรูปแบบใหม่ ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพจากแหล่งความรู้ ได้แก่ เอกสารวิชาการ และงานวิจัยต่างๆ ที่ เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปผลแล้วนำผลการศึกษาอภิปรายร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สูตินรีแพทย์ อายุรแพทย์ นักกายภาพบำบัด ทีมห้องปฏิบัติการ นักโภชนาการ หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ และหัวหน้าห้องคลอด เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการนำไปปรับปรุง พัฒนาต่อไป ร่วมกันสร้าง Clinical Practice Guideline DM in Pregnancy ของโรงพยาบาลวาปีปทุมฉบับปรับปรุง 2568 ซึ่งจะนำไปใช้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวาปีปทุมและโรงพยาบาลลูกข่ายต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Stata version 17.0 (StataCorp, College Station, TX, USA) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อมูลเชิงคุณภาพ รายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-squared test) หรือการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ข้อมูลเชิงปริมาณ รายงานด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) หรือค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile Range) และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยใช้การทดสอบที (Independent samples t-test) หรือการทดสอบแมน-วิทนีย์ ยู (Mann-Whitney U test) ใช้การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรด้วยตัวแบบเชิงเส้นนัยทั่วไป (Generalized Linear Model : GLMs) ร่วมกับการวิเคราะห์คะแนนความโน้มเอียงด้วยวิธีการถ่วงน้ำหนักด้วย propensity score (weighting propensity score) โดยใช้ Inverse probability of treatment weighting (IPTW) และใช้การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยพหุโลจิสติกร่วมกับการวิเคราะห์คะแนนความโน้มเอียง ด้วยวิธีการถ่วงน้ำหนัก

ระยะเวลาการดำเนินการ พฤษภาคม 2568 - มกราคม 2569

ผลการศึกษา

ด้านข้อมูลลักษณะทั่วไป

หญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลแบบใหม่และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติแบบเดิมมีอายุเฉลี่ย 30.57 ± 5.79 ปี และ 29.08 ± 4.82 ปี ตามลำดับ (p-value = 0.217) มีโรคร่วมประจำตัว ร้อยละ 2.4 และ 0 ตามลำดับ (p-value = 1.000) มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 57.1 และ 65.8 ตามลำดับ (p-value = 0.191) ส่วนมากใช้สิทธิการรักษาประเภทบัตรทอง ร้อยละ 61.9 และ 78.9 ตามลำดับ (p-value = 0.090) และมีประวัติโรคเบาหวานของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 9.5 และ 31.6 ตามลำดับ (p-value = 0.014)

ด้านข้อมูลภาวะสุขภาพและการตั้งครรภ์

หญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลแบบใหม่และแบบเดิมเป็นการตั้งครรภ์ครั้งหลัง ร้อยละ 90.5 และ 73.7 ตามลำดับ (p-value = 0.048) อายุครรภ์ฝาก

ครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ย 11.45 ± 4.55 สัปดาห์ และ 10.93 ± 3.91 สัปดาห์ ตามลำดับ (p-value = 0.593) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.58 ± 4.90 kg/m² และ 25.10 ± 4.62 kg/m² ตามลำดับ (p-value = 0.655) โดยมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับน้ำหนักปกติ ร้อยละ 38.1 และ 31.6 ตามลำดับ (p-value = 0.806) ช่วงน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์เฉลี่ย 9.31 ± 3.67 kg และ 11.25 ± 3.80 kg ตามลำดับ (p-value = 0.025) อายุครรภ์ที่เป็นเบาหวานเฉลี่ย 19.57 ± 8.48 สัปดาห์ และ 22.22 ± 9.68 สัปดาห์ ตามลำดับ (p-value = 0.196) เบาหวาน ชนิด GDM A1 ร้อยละ 69 และ 73.7 ตามลำดับ (p-value = 0.647) วิธีการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยการควบคุมอาหาร ร้อยละ 47.6 และ 73.7 ตามลำดับ (p-value = 0.017) และการควบคุมอาหารร่วมกับยาอินซูลิน ร้อยละ 52.4 และ 26.3 ตามลำดับ โดยมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการเริ่มอินซูลินหลังการวินิจฉัยเท่ากับ 2.5 สัปดาห์ (IQR: 2 - 4) และ 9 สัปดาห์ (IQR: 8 - 12) ตามลำดับ (p-value <0.001) โดยมีผลการควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 83.3 และ 52.6 ตามลำดับ (p-value = 0.003) และการปรึกษาอายุรแพทย์ ร้อยละ 100 และ 28.9 ตามลำดับ (p-value <0.001) และมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ Fetal LGA (large for gestational age) ร้อยละ 7.1 และ 21.1 ตามลำดับ (p-value = 0.071) Polyhydramnios ร้อยละ 2.4 และ 2.6 ตามลำดับ (p-value = 1.000) History preterm labor ร้อยละ 11.9 และ 15.8 ตามลำดับ (p-value = 0.614) และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ร้อยละ 0 และ 5.3 ตามลำดับ (p-value = 0.222) และมีการตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ ร้อยละ 4.8 และ 23.7 ตามลำดับ (p-value = 0.014)

ด้านผลลัพธ์การตั้งครรภ์

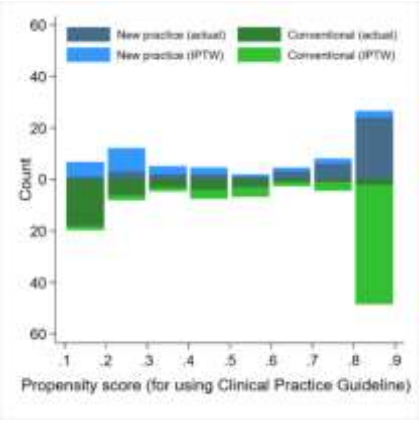
หญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลแบบใหม่และแบบเดิมมีอายุครรภ์คลอดเฉลี่ย 38.21 ± 0.85 สัปดาห์ และ 38.35 ± 0.88 สัปดาห์ ตามลำดับ (p-value = 0.475) โดยเป็นการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 4.8 และ 5.3 ตามลำดับ (p-value = 1.000) และมีรูปแบบการคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 78.6 และ 55.3 ตามลำดับ (p-value = 0.039) โดยส่วนมากมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดจากภาวะไม่สมส่วนของศีรษะทารกและอุ้งเชิงกราน (Cephalopelvic disproportion) ร้อยละ 48.5 และ 61.9 ตามลำดับ (p-value = 0.478) น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 3288.95 ± 401.59 gm และ 3454.63 ± 394.65 gm ตามลำดับ (p-value = 0.067) โดยที่น้ำหนักแรกคลอดอยู่ในระดับ AGA เฉลี่ย 29 และ 17 ตามลำดับ และ LGA เฉลี่ย 13 และ 20 ตามลำดับ (p-value = 0.041) ค่ามัธยฐานของ APGAR score 1 นาที เท่ากับ 9 (IQR: 9 - 9) และ 9 (IQR: 8 - 9) ตามลำดับ (p-value = 0.340) โดยที่คะแนน APGAR อยู่ในระดับ Moderate birth asphyxia (4-7) ร้อยละ 2.4 และ 2.6 ตามลำดับ และ Severe birth asphyxia (0-3) ร้อยละ 0 และ 2.6 ตามลำดับ ค่ามัธยฐานของ APGAR score 5 นาที เท่ากับ 10 (IQR: 10 - 10) และ 10 (IQR: 10 - 10) ตามลำดับ (p-value = 0.197) โดยที่คะแนน APGAR อยู่ในระดับ Moderate birth asphyxia (4-7) ร้อยละ 0 และ 2.6 ตามลำดับ ระดับน้ำตาลในเลือดทารก (DTX) เฉลี่ย 68.95 ± 15.70 mg/dl และ 67.03 ± 16.34 mg/dl ตามลำดับ (p-value = 0.598) โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดทารกผิดปกติ (DTX) ร้อยละ 11.9 และ 15.8 ตามลำดับ (p-value = 0.614) ความเข้มข้นเลือดทารกเฉลี่ย 54.68 ± 4.25 % และ 56.37 ± 5.34 % ตามลำดับ (p-value = 0.124) โดยมีระดับความเข้มข้นเลือดทารกผิดปกติ ร้อยละ 0 และ 5.3 ตามลำดับ (p-value = 0.222) การเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านมารดา ร้อยละ 7.1 และ 21.1 ตามลำดับ (p-value = 0.071)

ด้านการติดตามหลังคลอด

ผลการติดตามหลังคลอด ด้วย OGTT 75 gm พบว่ากลุ่มหญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะ

ตั้งครรภ์ที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลแบบใหม่และกลุ่มหญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลแบบเดิมมีภาวะ Impaired fasting glucose ร้อยละ 24.4 และ 28.6 ตามลำดับ และ Diabetes mellitus ร้อยละ 2.4 และ 5.7 ตามลำดับ (p-value = 0.698)

คุณลักษณะทั่วไปและข้อมูลภาวะสุขภาพและการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติแบบใหม่และการดูแลแบบเดิมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ได้แก่ ประวัติโรคเบาหวานของในครอบครัว การตั้งครรภ์ครั้งหลัง น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ วิธีการและผลการควบคุมระดับน้ำตาล การปรึกษาอายุรแพทย์ และผลการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ และค่า Standardized difference อยู่ในช่วง 0.016 – 2.216 ผู้วิจัยจึงสร้างคะแนนความโน้มเอียง (propensity score) เพื่อที่จะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ประสิทธิผลของการดูแลหญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลแบบเดิมและแบบใหม่ โดยใช้การถ่วงน้ำหนักด้วยคะแนนความโน้มเอียง (weighting propensity score) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความผกผันของการประมาณคะแนนความโน้มเอียง (inverse probability weighting; IPW) โดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) และสร้างคะแนนความโน้มเอียง โดยผลวิเคราะห์พบรูปแบบการประเมินการแจกแจงของคะแนนความโน้มเอียง (รูปที่ 1) และหลังจากการถ่วงน้ำหนักด้วยคะแนนความโน้มเอียง พบว่า ค่า Standardized difference ลดลงอยู่ในช่วง 0.006 – 1.074 แสดงถึงความสมดุลระหว่างกลุ่มที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีปัจจัยที่มีค่า Standardized difference มากกว่า 0.1 ซึ่งจะนำไปควบคุมอิทธิพลต่อโดยการวิเคราะห์ร่วมในการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariable analysis)



รูปที่ 1. The distribution of the propensity scores between the unweighted and weighted samples

การวิเคราะห์ประสิทธิผลของการดูแลหญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลแบบเดิมและแบบใหม่ด้วยการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariable analysis) เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวนร่วมกับการถ่วงน้ำหนักด้วยคะแนนความโน้มเอียง (weighting propensity score) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความผกผันของการประมาณคะแนนความโน้มเอียง (inverse probability weighting; IPW) ผลการศึกษาพบหญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลแบบใหม่มีผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อเปรียบเทียบกับหญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลแบบเดิม ได้แก่ อายุครรภ์ (MD = -0.049, 95%CI: -0.36 -0.26, p-value =0.759) การคลอดก่อนกำหนด (RR = 1.56, 95%CI: 0.19 - 12.86, p-value =0.680) การผ่าตัดคลอด (RR = 2.22, 95%CI: 0.94 - 5.25, p-value =0.069) น้ำหนักแรกคลอด (MD = -48.906, 95%CI: -203.32 -105.51, p-value =0.535) AGA (RR = 1.01, 95% CI: 0.57 -1.79, p-value =0.97) LGA (RR = 1.05, 95%CI: 0.38 - 2.89, p-value = 0.918) APGAR score 1 นาที (MD = 0.05, 95%CI: -0.39 -0.48, p-value =0.836) APGAR score 5 นาที (MD =0.04, 95%CI: -0.23 -0.30, p-value =0.790) ระดับน้ำตาลในเลือดทารก (MD = -0.611, 95%CI: -6.61 -5.38, p-value =0.842)

ระดับน้ำตาลในเลือดทารกผิดปกติ (RR = 1.24, 95%CI: 0.30 -5.13, p-value = 0.764) ความเข้มข้นเลือดทารก (MD = -4.013, 95%CI: -6.03 - -2.00, p-value <0.001) การเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านมารดา (RR = 0.43, 95%CI: 0.09 - 2.00, p-value = 0.281) ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Post partum hemorrhage) (RR = 0.71, 95%CI: 0.06 - 8.96, p-value = 0.793) Preeclampsia (RR = 0.96, 95%CI: 0.16 -5.73, p-value =0.963) การเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านทารก (RR = 0.72, 95%CI: 0.55 -0.94, p-value =0.016)Neonatal hypoglycemia (RR = 1.45, 95%CI: 0.37 - 5.72, p-value =0.593) Neonatal jaundice (RR =0.64, 95%CI: 0.34 - 1.20, p-value =0.167) Early onset neonatal sepsis (RR = 1.94, 95%CI: 0.28 -13.75, p-value = 0.505) Congenital pneumonia (RR =1.33, 95%CI: 0.37 - 4.74, p-value =0.659) Transient tachypnea of the newborn (RR = 0.39, 95%CI: 0.06 - 2.37, p-value = 0.305) Impaired fasting glucose (RR = 1.15, 95%CI: 0.52 - 2.56, p-value =0.724) และ Diabetes mellitus (RR = 0.72, 95%CI: 0.08 -6.35, p-value = 0.769)

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์การควบคุมระดับน้ำตาลโดยการควบคุมอาหารของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติรูปแบบใหม่มีวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยการควบคุมอาหารได้ดีกว่ากลุ่มรูปแบบเก่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่พัฒนาขึ้น ทีมสหวิชาชีพสร้างเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ ให้ความรู้ ฝึกฝนทักษะในการจัดการตนเอง ได้แก่ นักโภชนาการแนะนำการปรับพฤติกรรมอาหาร จัดเมนูอาหารตัวอย่าง คำนวณพลังงานให้เพียงพอ นักกายภาพบำบัดแนะนำการออกกำลังที่เหมาะสม เจ้าหน้าที่พยาบาลให้ข้อมูลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน อาการแสดงที่ต้องมาโรงพยาบาล สอนวิธีการใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง พร้อมแลกเปลี่ยนปัญหา อุปสรรคต่างๆ และให้หญิงตั้งครรภ์ได้บันทึกผลน้ำตาลเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถติดตามผลได้ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ได้มีการติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเองทุกวัน ทำให้สามารถประเมินตนเอง เกิดผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น เลือกชนิดอาหาร ควบคุมปริมาณอาหาร ปรับอาหารให้เหมาะสมกับตนเอง จึงเกิดผลลัพธ์การควบคุมน้ำตาลได้ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาณุมาศ คุณยศยิ่ง ที่ศึกษาหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินปัญหาและความต้องการของตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคเบาหวาน[18] นอกจากนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลโดยการควบคุมอาหารร่วมกับยาอินซูลินของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติรูปแบบใหม่มีวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยการควบคุมอาหารร่วมกับอินซูลินได้ดีกว่ากลุ่มรูปแบบเก่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น ให้ทีมอายุรแพทย์ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน โดยมีอายุรแพทย์สร้างเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ปรับแผนการรักษาตามระดับน้ำตาลในเลือด วางแผนการควบคุมระดับน้ำตาลโดยการใช้ยาอินซูลินในบางรายและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะน้ำตาลสูงหรือน้ำตาลต่ำ รวมถึงเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่อระบบอื่นๆที่อาจจะเกิดขึ้น

จากการวิเคราะห์น้ำหนักแรกคลอดของทารกกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติรูปแบบใหม่มีน้ำหนักทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่ากลุ่มรูปแบบเก่า แต่หากวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรเมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวนร่วมกับการถ่วงน้ำหนักด้วยคะแนน

ความโน้มเอียง ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความผกผันของการประมาณคะแนนความโน้มเอียง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอธิบายได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกเกิดของทารกยังมีอีกหลายปัจจัยที่รบกวน เช่น อายุของมารดา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว สถานภาพโสด การดื่มแอลกอฮอล์ ระดับการศึกษา เพศหญิง ไม่มีประวัติแท้งบุตร และการตั้งครรภ์หลายครั้ง[17]

จากการประเมินสภาพทารกแรกเกิด คะแนน Apgar score ที่ 1 นาที และ 5 นาที หลังคลอด กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติรูปแบบใหม่และกลุ่มรูปแบบเก่าไม่พบความแตกต่างกันด้วยการวิเคราะห์ทางสถิติ แต่เมื่อวิเคราะห์ Apgar เฉพาะรายแล้วพบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติรูปแบบเดิมบางรายมีคะแนน Apgar เท่ากับ 7 ซึ่งไม่พบในกลุ่มรูปแบบใหม่ อธิบายได้ว่าแนวปฏิบัติใหม่ที่พัฒนาขึ้นไม่มีผลโดยตรงต่อคะแนน Apgar score ซึ่งอาจมีผลมาจากปัจจัยรบกวนด้านอื่นๆอีก ดังนั้นควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยร่วมอื่นที่อาจทำให้เกิดผลลัพธ์ดังกล่าว[18] สอดคล้องกับ Chahed และคณะ พบว่าหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้รับโปรแกรมการให้สุขศึกษาที่ออกแบบเฉพาะบุคคลส่งผลภาวะแทรกซ้อนน้อยลง แต่ก็ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงผลของโปรแกรมที่เกิดขึ้นโดยตรงต่อคะแนน Apgar score [19]

จากการวิเคราะห์ระดับน้ำตาลในเลือดทารกส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกันทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาณุมาศ คุณยิ่งยศ ที่ศึกษาค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด (DTX) 1 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด 1 ชั่วโมงหลังคลอดของทารกแรกเกิดทั้งสองกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ปกติ (DTX > 50 mg%)[18] นอกจากนี้อาจมีปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของทารกอื่นๆ ได้แก่ การให้ทารกดูดนมแม่โดยเร็วภายหลังคลอด หรือการป้อนนมผสมแก่ทารกเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด[20] ด้านความเข้มข้นเลือดทารก ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดทั้งสองกลุ่มอยู่ช่วงในเกณฑ์ปกติ พบอุบัติการ Neonatal Polycythemia ในกลุ่มการดูแลแบบเดิม 2 ราย แต่ไม่พบอุบัติการณ์กลุ่มการดูแลแบบใหม่ (P= 0.222)

ด้านภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดด้านมารดาของทั้งสองกลุ่มไม่มีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แนวปฏิบัติรูปแบบใหม่สามารถลดภาวะแทรกซ้อนด้านทารกได้ดีกว่ารูปแบบเก่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = 0.72, 95%CI: 0.55–0.94, p = 0.016) ลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนได้ถึง 28% อธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากการตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ ความสนใจในสุขภาพตนเองเป็นพิเศษเพราะมีอีกหนึ่งชีวิตที่ต้องดูแล ดังนั้นการสร้างให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านทารกดีไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Chahed ที่พบว่าการจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด โดยพบว่า การให้ความรู้ที่เหมาะสมเป็นรายบุคคลช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก ได้แก่ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การคลอดก่อนกำหนด ทารกตัวโต ทารกเครียดในครรภ์ ลดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ และทารกมีภาวะน้ำตาลต่ำ[19] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Akalpler พบว่าหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขศึกษา สามารถลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนในทารกของกลุ่มทดลองได้[21]

การใช้แนวปฏิบัติรูปแบบใหม่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ด้วยการติดตามน้ำตาลด้วยตนเองนอกจากเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแล้วใหม่ ยังช่วยประหยัดเวลา ลดขั้นตอนการนัดหลายครั้ง ลด

ค่าใช้จ่ายของหญิงตั้งครรภ์และของสถานพยาบาล และลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นข้อดีในโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัดในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และเป็นประโยชน์ต่อองค์กรด้านอื่นๆอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมการมีส่วนร่วมบุคคลในครอบครัว ในการทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้น

2. แนวปฏิบัติรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นนี้ควรนำไปใช้ในระดับชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ได้

3. สร้างระบบ Buddy Support หรือ "เพื่อนช่วยเพื่อน" คอยให้คำปรึกษาและกระตุ้นให้ปฏิบัติ

4. ควรมีการจัดอบรมเพื่อเสริมสร้างทักษะและความรู้ในการใช้แนวปฏิบัติรูปแบบใหม่นี้ให้แก่บุคลากรในทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและสอดคล้องกับเป้าหมายการป้องกันภาวะเบาหวาน

5. เพิ่มแนวทางการส่งเสริม โดยจัดทำสื่อความรู้ที่เข้าถึงง่าย เช่น LINE Official

เอกสารอ้างอิง

1 Melchior H, Kurch-Bek D, Mund M.(2017). The prevalence of gestational diabetes. Dtsch Arztebl Int. 2017;114(24):412–8.

2 Ayele AD, Azeze GG, Alemu BK, Wang Y, Wang CC.(2022). Evaluating the performance of maternal risk factors in predicting gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. BMJ Evid Based Med. 2025 Dec 23. doi: 10.1136/bmjebm-2025-114065.

3 Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational Diabetes Mellitus. Obstet Gynecol. 2018;131(2):e49–64.

4 International Diabetes Federation.(2025). IDF Diabetes Atlas. 11th ed. Brussels: IDF; 2025. Available from: https://diabetesatlas.org

5 สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

6 Muche AA, Olayemi OO, Gete YK.(2020). Effects of gestational diabetes mellitus on risk of adverse maternal outcomes: A prospective cohort study in Northwest Ethiopia. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(1):73.

7 Werner EF, Romano ME, Rouse DJ, Sandoval G, Gyamfi-Bannerman G, Blackwell S, et al.(2019). Association of gestational diabetes mellitus with neonatal respiratory morbidity. Obstetrics & Gynecology. 2019;133(2):349-53.

8 กรมอนามัย.(2561). แนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Hospital: HPH) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 30 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://mwi.anamai.moph.go.th/...

9 อารีรัตน์ วิเชียรประภา.(2564). การจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2564;32(1).

10 Creer LT.(2000). Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. Handbook of self-regulation. San Diego: Academic Press; 2000. p. 601-29.

11 Panmuang S, Sutthiprapa A, Phuakphan W.(2566). The development of self- care program for pregnant women with gestational diabetes mellitus. Journal of Health Research and Development. Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. 2566;9(1):130-44.

12 พรรณีย์ โอษคลัง.(2567). รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2567;9(4):416-22.

13 บุญสืบ โสโสม, ตรีชฎา ปุ่นสำเริง, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, บำเพ็ญ คำดี, พรทิพา ศุภราศรี และคณะ. (2567). ความรอบรู้ทางสุขภาพ และปัจจัยทำนายการควบคุมน้ำตาลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับตั้งครรภ์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2567;16(1):168-85.

14 Pirdehghan A, Eslahchi M, Esna-Ashari F, Borzouei S.(2020). Health literacy and diabetes control in pregnant women. J Family Med Prim Care. 2020;9(2):1048-52.

15 กฤษณี สุวรรณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์.(2561). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2561;30(2):1–13.

16 Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

17 Wubetu AD, Amare YE, Haile AB, Degu MW.(2021). Newborn birth weight and associated factors among mother-neonate pairs in public hospitals, North Wollo, Ethiopia. Pediatr Health Med Ther. 2021;12:111-8.

18 ภาณุมาศ คุณยศยิ่ง, ปานจันทร์ อิ่มหนำ, รุ่งกาญจน์ วุฒิ.(2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์และภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2568;8(1):50-66.

19 Chahed S, Lassouad L, Dardouri M, Mtiraoui A, Maaroufi A, Khairi H.(2022). Impact of a tailored-care education programme on maternal and neonatal outcomes in pregnant women with gestational diabetes: A randomized controlled trial. The Pan African Medical Journal. 2022;43:128.

20 Thompson-Branch A, Havranek T.(2017). Neonatal hypoglycemia. Pediatrics in Review. 2017;38(4):147-157.

21 Akalpler O, Bagriacik E.(2023). Education programs for gestational diabetes mellitus: Systematic review. Human Nutrition & Metabolism. 2023;33:200195.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

Effectiveness of a Community-Based Therapy (CBTx) Program on Relapse Prevention among Patients with Substance Use Disorders in Phanom Sarakham District, Chachoengsao Province.

(Received: January 3,2026 ; Revised: January 14,2026 ; Accepted: February 6,2026)

ทัศนีย์ ตรีรัตนนุกูล[1] ดวงมณี วิยะทัศน์[2]
Thassanee Treeruttananukool[1] Duangmanee Wiyathus[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) ต่อความพร้อมและแนวโน้มในการเลิกเสพสารเสพติด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ และแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 68 คน คัดเลือกแบบเจาะจง การวิจัยใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2568 – มีนาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired-sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม CBTx กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเลิกเสพสารเสพติด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: การบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน, CBTx, ความพร้อมในการเลิกเสพ, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This study employed a quasi-experimental one-group pretest–posttest design. The objectives were to evaluate the short-term effectiveness of a community-based treatment and rehabilitation program (CBTx) on relapse prevention, and to compare changes in self-efficacy for relapse prevention and social support among patients with substance use disorders participating in the program in Phanom Sarakham District, Chachoengsao Province. The sample consisted of 68 participants who met the inclusion criteria. Relapse status before and immediately after completion of the CBTx program was analyzed using McNemar's test.

The results showed that the relapse rate significantly decreased after the intervention (from 26.47% to 8.82%, $p < 0.05$). In addition, comparisons of mean self-efficacy and social support scores before and after the program, using paired-sample t-tests, revealed statistically significant increases in both variables ($p < 0.001$).

Keywords: CBTx, Community-Based Treatment, Drug Addiction, Relapse Prevention, Self-Efficacy, Social Support, Quasi-Experimental Design.

[1] พย.บ. อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา
[2] พย.ม., อพย.(การพยาบาลชุมชน)

บทนำ

ปัญหาสารเสพติดยังคงเป็นวิกฤตสุขภาพที่สร้างผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อความมั่นคงทางสังคมและระบบสาธารณสุขของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการติดสารเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นโรคเรื้อรังที่มีลักษณะสำคัญคือมีโอกาสกลับไปเสพซ้ำสูง[1] หลักฐานจากการศึกษาทั้งในระดับนานาชาติและภายในประเทศชี้ให้เห็นว่า อัตราการกลับไปเสพซ้ำภายหลังการถอนพิษยาอาจสูงถึงร้อยละ 80–95 ภายในปีแรก และในบริบทของประเทศไทยพบอัตราการเสพซ้ำอยู่ในช่วงร้อยละ 70–90[2] โดยช่วงเวลาที่เปราะบางที่สุดคือระยะเริ่มต้นหลังการบำบัด โดยเฉพาะภายใน 6 เดือนแรก ซึ่งมีรายงานอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูงถึงร้อยละ 93.31[3,4] ปัญหาดังกล่าวสะท้อนข้อจำกัดของการบำบัดรักษาแบบดั้งเดิมที่เน้นการรักษาในสถาบันเป็นหลัก ซึ่งมักขาดระบบการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดแรงสนับสนุนทางสังคมและมีความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ[5] ในบริบทของอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางสังคมและเศรษฐกิจ ปัญหาการกลับไปเสพซ้ำยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบและเร่งด่วน ด้วยเหตุนี้ แนวคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) จึงถูกนำมาใช้เป็นกลยุทธ์สำคัญในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว CBTx เป็นรูปแบบการบำบัดเชิงบูรณาการที่เน้นการดูแลต่อเนื่อง โดยประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ตามแนวทางขององค์การสหประชาชาติ (UNODC) และกรมการแพทย์ ประกอบด้วย 3 ภาคส่วนหลัก ได้แก่ องค์กรชุมชน ศูนย์สุขภาพ และหน่วยสวัสดิการทางสังคมและองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูผู้ป่วยทั้งในมิติด้านสุขภาพ จิตสังคม และคุณภาพชีวิต[6-7] หลักฐานจากงานวิจัยในประเทศไทยพบว่า โปรแกรม CBTx สามารถลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ และช่วยเสริมสร้างปัจจัยป้องกันการเสพซ้ำในระยะต้นของกระบวนการฟื้นฟู[2] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ระยะยาว ขณะที่การประเมินผลลัพธ์ทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งสะท้อนกลไกการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและจิตสังคมในระยะเริ่มต้น ยังมีจำกัด

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งประเมินประสิทธิผลระยะสั้นของโปรแกรม CBTx ในบริบทของอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยเน้นการวัดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการไม่กลับไปเสพซ้ำภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ควบคู่กับการประเมินปัจจัยเชิงกลไกที่สำคัญ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ (Self-Efficacy) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support[8] เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนารูปแบบการบำบัดที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน และสนับสนุนการขยายผลโมเดล CBTx ในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลของโปรแกรม CBTx ต่อความพร้อมและแนวโน้มในการเลิกเสพสารเสพติด
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม CBTx
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม CBTx

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรม CBTx กลุ่มตัวอย่างจะมีความพร้อมและแนวโน้มในการเลิกเสพสารเสพติดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. หลังได้รับโปรแกรม CBTx กลุ่มตัวอย่างจะมีค่าเฉลี่ย Self-Efficacy สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. หลังได้รับโปรแกรม CBTx กลุ่มตัวอย่างจะมีค่าเฉลี่ย Social Support สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและสถานที่

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest–Posttest Design) ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และชุมชนในพื้นที่อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ระยะเวลา ธันวาคม 2568 – มกราคม 2569 การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดเชิงกลไก (Mechanism-based Conceptual Framework) โดยมีโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) เป็นตัวแปรต้น ซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อ อัตราการกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งเป็นตัวแปรตามผ่านตัวแปรกึ่งกลาง (Mediating Variables) ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ (Self-Efficacy) และ แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) โปรแกรม CBTx ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมตามหลักสูตรระยะเวลา 4 สัปดาห์ ร่วมกับกระบวนการดูแลฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูแบบองค์รวม คาดว่าจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้เข้ารับการบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงและป้องกันการเสพซ้ำเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกัน การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายสนับสนุนในพื้นที่ จะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูและการดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติ ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งในด้านอารมณ์ การให้คำปรึกษา และการช่วยเหลือเชิงปฏิบัติ เมื่อผู้เข้ารับการบำบัดมีทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับที่สูงขึ้น ความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำจึงมีแนวโน้มลดลงในที่สุด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในพื้นที่อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีสารเสพติดหลักคือเมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามที่กำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอิงจากการคำนวณกำลังทางสถิติ (Power Analysis) (Cohen's d = 0.50) ได้อย่างเพียงพอ จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 68 คน สำหรับการวัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและไม่เข้าข่ายเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือนักจิตวิทยาว่าเป็นความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (Substance Use Disorder)

2. มีอายุระหว่าง 18–60 ปีบริบูรณ์

3. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอพนมสารคามเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

4. สามารถสื่อสาร อ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ

1. มีภาวะจิตเวชรุนแรงที่ยังไม่คงที่ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

2. มีโรคทางกายรุนแรงที่เป็นข้อจำกัดต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

3. อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
4. มีแผนย้ายถิ่นฐานออกจากพื้นที่วิจัยภายในระยะเวลาการติดตามผล

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อใช้เก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเข้ารับการบำบัด และระยะเวลาการใช้สารเสพติด โดยเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด ใช้เพื่ออธิบายลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

2) แบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (Drug Use Readiness to Change Assessment) เป็นแบบประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ซึ่งพัฒนาบนพื้นฐานแนวคิด Transtheoretical Model (TTM) ของ Prochaska และ DiClemente และเป็นเครื่องมือที่ กรมสุขภาพจิตนำมาใช้จริงในระบบบริการด้านยาเสพติด เพื่อประเมินระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามในลักษณะมาตรประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ครอบคลุมมิติของความตั้งใจ ความตระหนักรู้ และความมุ่งมั่นในการเลิกเสพสารเสพติด คะแนนรวมที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มากขึ้น

3) แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ (Self-Efficacy Scale for Relapse Prevention) เป็นแบบวัดที่พัฒนาจากแนวคิด Self-Efficacy Theory ของ Bandura และถูกนำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยสารเสพติดในบริบทบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดในประเทศไทย แบบวัดมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ประเมินความเชื่อมั่นของผู้ตอบแบบสอบถามในการควบคุมตนเองการหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง และการจัดการกับความอยากยา คะแนนรวมที่สูงขึ้นหมายถึงระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองที่สูงขึ้น

4) แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Scale) เป็นแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ใช้ประเมินการได้รับการช่วยเหลือ การสนับสนุนทางอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือเชิงปฏิบัติจากครอบครัว เพื่อน และชุมชน พัฒนาและดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทย ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล สุขภาพจิต และการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 3 ท่าน โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC เท่ากับ 0.90

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน (Pilot Study) วิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ
ครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) พบว่าเครื่องมือทุกชุดมีค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.88

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการทดลอง (Intervention: The Phanom Sarakham CBTx Model) องค์ประกอบของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เข้ากับการดูแลต่อเนื่องโดยชุมชน องค์ประกอบหลักของโปรแกรมประกอบด้วย:การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม: เน้นการเรียนรู้ทักษะการตั้งเป้าหมาย (SMART goals), การระบุและจัดการกับความบิดเบือนทางความคิด

(Cognitive Distortions), และการฝึกทักษะการรับมือกับสถานการณ์เสี่ยง[11] การดูแลโดยชุมชน: เน้นการสนับสนุนทางสังคมและอาชีพผ่านอาสาสมัครชุมชน โดย อสม. หรือ อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน[6] และหน่วยสวัสดิการทางสังคม โดยมีการติดตามผลหลังสิ้นสุดหลักสูตร 4 สัปดาห์

โปรแกรม CBTx ระยะสั้น 4 สัปดาห์ (Short-term CBTx Program: 4 Weeks)

โปรแกรมดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60–90 นาที รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยเน้นการสร้างความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการเตรียมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในระยะเริ่มต้น

สัปดาห์ที่ 1: การสร้างแรงจูงใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์ 1) สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ 2) ประเมินระดับความพร้อมในการเลิกเสพสารเสพติด 3) เสริมแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เนื้อหากิจกรรม 1) แนะนำโปรแกรม CBTx และข้อตกลงการเข้าร่วม 2) ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Readiness to Change) 3) ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) 4) ให้ผู้เข้าร่วมสะท้อนเหตุผลส่วนตัวในการเลิกเสพสาร

สัปดาห์ที่ 2: การตระหนักรู้ความคิด–อารมณ์–พฤติกรรม และการเสริมสร้าง Self-Efficacy

วัตถุประสงค์ 1) ให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม 2) เสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถในการควบคุมตนเอง

เนื้อหากิจกรรม 1) อธิบายโมเดล CBT (Thought–Emotion–Behavior) 2) ฝึกการระบุความคิดอัตโนมัติที่กระตุ้นการเสพสาร 3) ฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบให้เหมาะสม 4) ทบทวนประสบการณ์ความสำเร็จในอดีตและจุดแข็งของตนเอง

สัปดาห์ที่ 3: การจัดการความอยากยาและสิ่งกระตุ้น

วัตถุประสงค์ 1) เพิ่มทักษะในการจัดการความอยากยา 2) ลดโอกาสการเผชิญสถานการณ์เสี่ยง

เนื้อหากิจกรรม 1) ระบุสิ่งกระตุ้นภายในและภายนอกที่ทำให้เกิดความอยากยา 2) ฝึกเทคนิคการจัดการความอยาก เช่น การหันเหความสนใจ การผ่อนคลาย การหยุดคิด 3) วางแผนการหลีกเลี่ยงหรือรับมือสถานการณ์เสี่ยง 4) ฝึกการตัดสินใจเชิงบวกในสถานการณ์จำลอง

สัปดาห์ที่ 4: การเสริมสร้างแรงสนับสนุนและการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

วัตถุประสงค์ 1) เสริมสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน 2) เตรียมความพร้อมในการดำรงพฤติกรรมไม่เสพซ้ำ

เนื้อหากิจกรรม 1) วิเคราะห์บทบาทของครอบครัว อสม. และเครือข่ายชุมชน 2) วางแผนการขอความช่วยเหลือเมื่อเผชิญความเสี่ยง 3) จัดทำแผนป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention Plan) 4) สรุปบทเรียนและประเมินผลหลังจบโปรแกรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลก่อนทดลองและหลังสิ้นสุดโปรแกรมภายในระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐาน

วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของอัตราการกลับไปเสพซ้ำก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ McNemar's test

วิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลองด้วย Paired-sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การขออนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (เลขที่ PH_CCO_REC 003 /2569)

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTx) ต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ รวมทั้งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ในผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 68 คน ได้รับการติดตามผลเป็นเวลา 3 เดือน

ลักษณะประชากรศาสตร์และบริบท พบว่า ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็น เพศชาย (82.35%) สอดคล้องกับข้อมูลระดับประเทศที่พบว่าผู้ใช้สารเสพติดส่วนมากเป็นเพศชาย ทำให้การออกแบบ CBTx ควรมีมุมมองต่อบทบาททางเพศและความเสี่ยงเฉพาะกลุ่ม เช่น เพื่อนกลุ่มเสี่ยงและแรงกดดันทางสังคม ช่วงอายุเฉลี่ยประมาณ 29.8 ปี เป็นวัยทำงานต้น–กลาง ซึ่งเป็นช่วงเสี่ยงต่อการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดเนื่องจากความเครียดเศรษฐกิจ และปัจจัยแวดล้อมในที่ทำงานหรือชุมชนในพื้นที่อำเภอพนมสารคามซึ่งมีโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก สถานการณ์ความเสี่ยงทางสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่ มัธยมศึกษา (61.76%) อาชีพเด่นคือ รับจ้างทั่วไป (51.47%) แสดงถึงกลุ่มที่มีรายได้ไม่แน่นอน ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงในการกลับไปเสพซ้ำ เช่น ความเครียด การเข้าถึงสารเสพติดง่ายในพื้นที่ ลักษณะสารเสพติด พบว่า เมทแอมเฟตามีนเป็นสารหลักในกลุ่มตัวอย่างสูงถึง 79.41% สอดคล้องกับแนวโน้มพื้นที่ภาคตะวันออก โดยเฉพาะจังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นสารที่มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปเสพซ้ำ ทำให้การใช้ CBTx ซึ่งเน้นทักษะการจัดการตัวกระตุ้น (Triggers) และการควบคุมตนเอง มีความเหมาะสมอย่างยิ่ง ประวัติการบำบัดรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีประวัติเคยบำบัดแล้ว (57.35%) และ 73.53% เคยกลับไปเสพซ้ำมาก่อน สะท้อนว่ากลุ่มนี้เป็น “กลุ่มเสี่ยงสูง” (High-risk population)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเลิกเสพสารเสพติด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม CBTx (N = 68)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mean ± SD)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม (Mean ± SD)	t-test (df = 67)	p-value
ความพร้อมในการเลิกเสพสารเสพติด	56.40 ± 8.75	74.90 ± 7.60	16.80	< 0.001

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังได้รับโปรแกรม CBTx กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมและแนวโน้มในการเลิกเสพสารเสพติดสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง (Cohen’s d = 1.95) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม CBTx สามารถส่งเสริมกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในระยะสั้นได้อย่างมีประสิทธิผล

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน Self-Efficacy และ Social Support ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม CBTx (N = 68)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mean ± SD)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม (Mean ± SD)	Paired t-test (df = 67)	p-value
Self-Efficacy	62.50 ± 7.80	78.50 ± 8.20	18.25	< 0.001
Social Support	71.80 ± 6.50	85.20 ± 5.10	14.50	< 0.001

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังได้รับโปรแกรม CBTx กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ และแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถเสริมสร้างศักยภาพภายในของผู้เข้ารับการบำบัดควบคู่กับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ต่อความพร้อมและแนวโน้มในการเลิกเสพสารเสพติด รวมทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม CBTx กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมและแนวโน้มในการเลิกเสพสารเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ และแรงสนับสนุนทางสังคมยังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม CBTx สามารถส่งเสริมกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะสั้นได้อย่างมีประสิทธิผล ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการบำบัดที่บูรณาการหลักการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเข้ากับการดูแลต่อเนื่องโดยชุมชน สามารถเสริมสร้างศักยภาพภายในของผู้ป่วย และสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการเลิกเสพสารเสพติด ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในระดับชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) มีส่วนสำคัญในการส่งเสริม ความพร้อมและแนวโน้มการเลิกเสพสารเสพติด รวมทั้งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้เข้ารับการบำบัด ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับหลักทฤษฎีและผลงานวิจัยก่อนหน้า โดยในงานวิจัยของ Thamduangsri & Wongjumpa พบว่าการเพิ่ม self-efficacy เป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่สำคัญในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะสามารถจัดการกับสถานการณ์เสี่ยงและความอยากยาได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Self-Efficacy Theory ของ Bandura ที่ระบุว่าความเชื่อมั่นในตนเองเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ[1,6] ในบริบทของการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ผลงานวิจัยภายในประเทศไทยหลายชิ้นพบว่าโมเดล CBTx และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนมีผลดีต่อการฟื้นฟูพฤติกรรมยาเสพติดและลดการกลับไปเสพซ้ำ ตัวอย่างเช่น งานศึกษาของ คำน้อย (2025) รายงานว่า CBTx ส่งผลให้การกลับไปเสพซ้ำลดลงเมื่อเทียบกับแนวทางการดูแลทั่วไป[1,2] นอกจากนี้ งานวิจัยอื่น ๆ ที่ศึกษาการบำบัดฟื้นฟูในระดับชุมชนยังพบว่าการจัดโครงสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นปัจจัยที่ช่วยเสริมส่งพฤติกรรมการฟื้นฟูของผู้ป่วยอย่าง

มีนัยสำคัญ เช่น การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการบำบัดโดยชุมชนที่ได้ผลดีในหลายพื้นที่ของประเทศไทย[5,9] ผลการศึกษายังสามารถเชื่อมโยงกับแนวคิดเชิงนโยบายและการประยุกต์ใช้ในระดับบริการสุขภาพที่ World Health Organization (WHO) และองค์การสหประชาชาติ (UNODC) ส่งเสริมว่า การบำบัดสารเสพติดควรมีกลไกการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมและลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาถึงบริบทไทยที่ระบบบริการสุขภาพและชุมชนสามารถบูรณาการได้ดีกว่ารูปแบบการดูแลแบบสถาบันเดิม[2,7] เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยระดับนานาชาติ พบว่าการบำบัดแบบ community-based relapse prevention (CBRP) ในผู้เสพ opioid มีผลให้การไม่กลับไปเสพซ้ำสูงขึ้นหลังจบโปรแกรม ทั้งในระยะ 45 วันและ 90 วัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมและกิจกรรมชุมชนช่วยปรับพฤติกรรมผู้เข้ารับการรักษาได้ดีเช่นกัน[1] นอกจากนี้งานทบทวนวรรณกรรมด้านการรักษาชุมชนยังชี้ว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้การบำบัดแบบชุมชนมีความแตกต่างคือ องค์ประกอบการรักษาเชิงพฤติกรรม สภาพแวดล้อมและเครือข่ายสังคมที่เข้มแข็งซึ่งเป็นสิ่งที่ CBTx ของงานวิจัยนี้ก็ให้ความสำคัญเช่นกัน[1,8] ในแง่ของกลไกอธิบายผล พบว่าการเสริมสร้าง self-efficacy ช่วยให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ ทำให้มีแนวโน้มในการตัดสินใจเลิกเสพอย่างต่อเนื่องมากขึ้น ขณะเดียวกันแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และชุมชนทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้าใจแก่แกนนำชุมชนที่พบว่าการมีองค์ความรู้และการสนับสนุนของชุมชนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการดูแลผู้เสพสารเสพติดในระยะฟื้นฟู[1,4] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในบางบริบท (เช่น งานวิจัย CBT แบบ Residential treatment ในฟิลิปปินส์) แสดงให้เห็นว่า CBT เพียงอย่างเดียวอาจมีผลต่อการเสพซ้ำที่ไม่แตกต่างอย่างชัดเจน แต่มีผลดีต่อด้านอื่น ๆ เช่น การปรับตัวเชิงจิตวิทยาและทักษะการเผชิญปัญหา[2] ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การมีองค์ประกอบเสริมอย่างชุมชนและเครือข่ายสนับสนุน ทำให้ผลของ CBTx ที่วิจัยในงานนี้มีความเข้มแข็งและเหมาะสมกับบริการระดับชุมชน

สรุปได้ว่าโปรแกรม CBTx ที่นำกลยุทธ์ CBT เข้ากับการดูแลโดยชุมชนสามารถส่งผลบวกต่อความพร้อมและแนวโน้มการเลิกเสพสารเสพติด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้เข้าร่วม ทั้งนี้ ตัวแปรทั้งสามประการทำงานร่วมกันเป็นกลไกที่ช่วยเสริมศักยภาพผู้เข้ารับการบำบัดให้สามารถดำรงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ในบริบทชีวิตจริง

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยบริการด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดในระดับอำเภอและชุมชนควรนำโปรแกรม CBTx ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยเฉพาะในบริบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและระยะเวลา

2. ควรส่งเสริมบทบาทของครอบครัว อสม. และเครือข่ายชุมชนในการสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมแรงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและลดความเสี่ยงในการกลับไปเสพซ้ำในระยะต่อไป

3. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ด้านการเลิกเสพสารเสพติด

4. ควรศึกษาปัจจัยเชิงกลไกเพิ่มเติม เช่น แรงจูงใจภายใน ความผูกพันกับชุมชน หรือคุณภาพชีวิต เพื่ออธิบายกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Bandura A.(1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman.
2. ผ่องพรรณ์ คำน้อย.(2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางต่อการกลับไปเสพซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด. วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย. 2568;2(1):1–17.
3. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2565). รายงานสรุปสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดและสารเสพติดหลักที่ใช้ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.
4. รุ่ง รุจิรา และคณะ.(2559). การติดตามผลระยะยาวของประสิทธิผลการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด: ความท้าทายและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. วารสารสุขภาพชุมชน. 2559;45(3):23–35.
5. ลชา เรืองกิจ, ปิยวัฒน์ เกตุวงศา, ประภาพรรณ จูเจริญ.(2563). ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการดูแลต่อเนื่องของผู้ติดเมทแอมเฟตามีน. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2563;17(2):45–56.
6. ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี, ศุภรดา วงค์จำปา.(2566). การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยสารเสพติดเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566;33(2):1–10.
7.World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime.(2008). Principles of drug dependence treatment. Geneva: WHO.
8. House JS.(1981). Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley.
9. กรมการแพทย์.(2562). แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx). นนทบุรี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
10. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.(2566). คู่มือการติดตามผลและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนหลังการบำบัด (CBTx). นนทบุรี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
11. Worapong S, et al.(2019). CBT 12-week curriculum for substance use disorders. Bangkok: Department of Mental Health.
12. Prochaska JO, DiClemente CC.(1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;51(3):390–5.
13.Vuong AM, Ritter A.(2017). The political and scientific challenges in evaluating compulsory drug treatment centers in Southeast Asia. Int J Drug Policy. 2017;44:141–9.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่น (Flexible Meal Planning) ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแหน

The Effectiveness of the Flexible Meal Planning Program on Glycated Hemoglobin (HbA1C) Control among Uncontrolled Diabetes Mellitus Patients in the Catchment Area of Nhong Haen Sub-district Health Promoting Hospital.

(Received: January 3,2026 ; Revised: January 14,2026 ; Accepted: February 6,2026)

ทิพวรรณ นิยมสุข[1] ดวงมณี วิยะทัศน์[2]
Tippawan Niyomsuk[1] Duangmanee Wiyathus[2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่นเป็นเวลา 12 สัปดาห์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) ดำเนินการระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2568 – มีนาคม พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแหน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี HbA1c > 7-10% จำนวน 60 ราย ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง โปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรมกลุ่มย่อยในเดือนแรก เน้นการสอนนับคาร์โบไฮเดรตด้วยมือและกฎ 80/20 ตามด้วยการติดตามรายบุคคลผ่านไลน์กลุ่มเป็นเวลา 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูล HbA1c หลัง 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย Paired samples t-test

ผลการวิจัยพบ ค่าเฉลี่ย HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างลดลงจาก 8.6% (SD=0.9) ก่อนโปรแกรม เหลือ 7.5% (SD=0.7) หลังโปรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีผลต่างเฉลี่ยที่ลดลง 1.1%

คำสำคัญ: การวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่น, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, HbA1c, การจัดการตนเอง

Abstract

This study aimed to compare glycated hemoglobin (HbA1 c) levels in patients with uncontrolled type 2 diabetes before and after participating in a 12-week Flexible Meal Planning Program. Methods: A quasi-experimental study using a one-group pretest-posttest design was conducted between January and April 2025 at the Nhong Haen Sub-district Health Promoting Hospital. The sample consisted of 60 patients with type 2 diabetes (HbA1c > 7%), selected via purposive sampling. The program comprised four small-group sessions in the first month, focusing on teaching hand-portion carbohydrate counting and the 80/20 rule, followed by 8 weeks of individual follow-up via a Line group. HbA1c levels were collected at baseline and 3 months later. Data were analyzed using descriptive statistics, and mean comparisons were performed using the Paired samples t-test.

Results: The mean HbA1c level significantly decreased from 8.6% (SD=0.9) at baseline to 7.5% (SD=0.7) post-intervention ($p < 0.001$), with a mean reduction of 1.1%.

Keywords: Flexible Meal Planning, Type 2 Diabetes Mellitus, HbA1c, Self-Management

[1] พย.บ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแหน

[2] พย.ม., อพย.(การพยาบาลชุมชน)

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขโลกที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 422 ล้านคนทั่วโลก โดยกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [1] สถานการณ์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีแนวโน้มน่าเป็นห่วง โดยพบอัตราความชุกสูงถึง 8.8% ของประชากรวัยผู้ใหญ่[2] ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ได้รับผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญ โดยข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานในปี 2566 ว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในระบบสาธารณสุขกว่า 3.2 ล้านราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 100,000 ราย ซึ่งสร้างภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงถึง 47,000 ล้านบาทต่อปี[3] สถานการณ์ในระดับจังหวัดฉะเชิงเทรา ข้อมูลจากระบบ HDC ปี 2567 พบว่ามีอัตราความชุกของโรคเบาหวานในผู้ป่วยอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.2 สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ของจังหวัด[4] ความรุนแรงของปัญหานี้สะท้อนให้เห็นชัดเจนในระดับปฐมภูมิ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแหน ซึ่งจากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยระหว่างปี 2566-2568 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานสะสม 1,079 ราย โดยมีสัดส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย (HbA1c < 7%) เพียง ร้อยละ 33.98 ถึง 40.18 เท่านั้น นั่นหมายความว่ามีผู้ป่วยกว่าร้อยละ 60 ที่ยังคงมีระดับน้ำตาลสูงกว่ามาตรฐาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะแผลเรื้อรัง และภาวะตาบอด ปัญหาหลักในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยในบริบทชุมชนพบว่าอยู่ที่ความไม่ต่อเนื่องในการปฏิบัติตามแผนการควบคุมอาหาร เนื่องจากรูปแบบการให้คำแนะนำด้านโภชนาการแบบเดิมที่ใช้ในคลินิกเบาหวานของ รพ.สต. มักเป็นลักษณะ การสั่งการแบบตายตัว (prescriptive approach) เช่น การกำหนดรายการอาหารที่ต้องรับประทานหรือต้องหลีกเลี่ยง ซึ่งขัดแย้งกับวิถีชีวิตจริง วัฒนธรรมการบริโภค และข้อจำกัดทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย งานวิจัยของ สายสมร และคณะ (2566) ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 70 ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนอาหารแบบเข้มงวดได้เกิน 3 เดือน ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกท้อแท้การลดลงของความร่วมมือ และการควบคุมระดับน้ำตาลที่ล้มเหลวในที่สุด[5]

จากปัญหาดังกล่าว แนวคิดการวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่น (Flexible Meal Planning) ซึ่งได้รับการสนับสนุนในแนวทางปฏิบัติระดับนานาชาติ โดยสมาคมโรคเบาหวานอเมริกัน (ADA, 2024) จึงเป็นทางเลือกที่มีศักยภาพสูง[6] แนวคิดนี้มุ่งเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการ "ห้ามกิน" เป็นการ "เลือกกินอย่างชาญฉลาด" โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้หลักการจัดการอาหารด้วยตนเอง เช่น การนับคาร์โบไฮเดรต การประมาณปริมาณอาหาร และการปรับสมดุลมื้ออาหาร ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ของชีวิตจริง งานวิจัยของ Powers และคณะ ยืนยันว่าการจัดการตนเองแบบยืดหยุ่นสามารถลดระดับ HbA1c ได้ 1.0-2.0% และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[7] อย่างไรก็ตาม การนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากร เวลา และงบประมาณ ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่าโปรแกรมที่ออกแบบอย่างเหมาะสมกับข้อจำกัดเหล่านี้จะให้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่มีนัยสำคัญได้จริงหรือไม่ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทดสอบ "โปรแกรมการวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่น" ที่สอดคล้องกับบริบทของ รพ.สต.หนองแหน โดยผสมผสานกิจกรรมกลุ่มแบบมีปฏิสัมพันธ์กับการติดตาม

สนับสนุนผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัลที่เข้าถึงได้ เพื่อประเมินประสิทธิผลในการลดระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษาจะเป็นหลักฐานสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบายและแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่น เป็นเวลา 12 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่นเป็นเวลา 12 สัปดาห์ จะต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัย กึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ หนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) ระยะเวลา ดำเนินการวิจัย ธันวาคม พ.ศ. 2568 – มีนาคม พ.ศ. 2569 การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจากการผสมผสานทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) และหลักการวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่น[7] ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่น ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ 1) การให้ความรู้และฝึกทักษะ (Knowledge & Skill Building) 2) การสนับสนุนทางสังคมและดิจิทัล (Social & Digital Support) และ 3) การติดตามและให้คำปรึกษาต่อเนื่อง (Ongoing Coaching) ตัวแปรตามคือ ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกหลัก กรอบแนวคิดเสนอว่าโปรแกรมดังกล่าวจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีศักยภาพ (Self-Efficacy) ในการจัดการอาหาร นำไปสู่พฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น สุดท้ายส่งผลให้ระดับ HbA1c ดีขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ รพ.สต.หนองแหน ซึ่งมีผล HbA1c ล่าสุด 7-10 %

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากประชากรเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 60 ราย

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power สำหรับการทดสอบค่าเฉลี่ยแบบจับคู่ (Paired t-test) กำหนดค่า Effect size 0.5 (ขนาดปานกลาง)[8] ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 และกำลังการทดสอบ (Power) 0.80 ได้ขนาดตัวอย่าง 34 ราย คิดอัตราการขาดหาย (Dropout) 20% จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการไว้ที่ 60 ราย ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบ เจาะจง (Purposive Sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเลือก

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 35-70 ปี
2. มีผลตรวจ HbA1c ล่าสุด > 7-10%
3. อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.หนองแหน และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกำหนดได้
4. สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก

1. มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากเบาหวาน (เช่น ไตวายระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือด)

2. มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรงหรือโรคทางจิตเวชที่รบกวนการเข้าร่วมกิจกรรม

3. กำลังเข้าร่วมโครงการวิจัยอื่นที่เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมการกิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและคลินิก: ประกอบด้วย เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, ระยะเวลาเป็นโรค, ยาที่ใช้ และผลตรวจ HbA1c

2.เครื่องมือสำหรับการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่น (Flexible Meal Planning) ประกอบด้วย 1) คู่มือกิจกรรมกลุ่มย่อย 4 ครั้ง ประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรม สื่อการสอน (ภาพประกอบ "ปริมาณอาหารกับมือ", ตัวอย่างอาหารท้องถิ่น) และใบความรู้ แนวทางการโค้ชและให้คำปรึกษาผ่านไลน์ เป็นคู่มือสำหรับนักวิจัยในการให้คำติชมเชิงบวก และคำแนะนำเฉพาะบุคคลตามข้อมูลที่ผู้ป่วยส่งผ่าน Digital Food Diary 2) แบบฟอร์มบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมและบันทึกการติดตาม 3) การตรวจหาค่า HbA1c ใช้วิธีการตรวจมาตรฐานในห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล
พนมสารคาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์และการพยาบาลฌรคเบาหวาน จำนวน 3 ท่าน โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC เท่ากับ 0.95

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน (Pilot Study) วิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า เครื่องมือทุกชุดมีค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.89

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการ โดยจัดทำเครื่องมือ ชี้แจงและคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

2. ระยะทดสอบก่อนดำเนินโปรแกรม โดย เก็บข้อมูล (Baseline) ด้านส่วนบุคคล และตรวจ HbA1c เริ่มต้น

3. ระยะดำเนินโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 1-4 จัดกิจกรรมกลุ่มย่อย 4 ครั้ง (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) ตามเนื้อหาโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 5-12 การติดตามรายบุคคลผ่านไลน์กลุ่ม ผู้ป่วยส่งภาพอาหาร (Digital Food Diary) อย่างน้อย 3 มื้อ/สัปดาห์ และได้รับคำแนะนำ/กำลังใจจากทีมวิจัยอย่างน้อย 2 ครั้ง/สัปดาห์

ระยะทดสอบหลังดำเนินโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 12) เก็บข้อมูล HbA1c ซ้ำ หลังสิ้นสุดโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ Paired samples t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การขออนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (เลขที่ PH_CCO_REC 006 /2569)

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่นเป็นเวลา 12 สัปดาห์ จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย

แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 60 ราย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.0) มีอายุเฉลี่ย 58.7 ปี (SD = 7.2) และมีระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.5 ปี (SD = 4.3) ซึ่งสะท้อนถึงกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังโรคเบาหวาน ระดับการศึกษาในภาพรวมไม่สูง โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 46.7) และระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 41.7) ซึ่งเป็นลักษณะทั่วไปของประชากรในชุมชนตำบล ที่สำคัญคือ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) เบื้องต้นอยู่ที่ 8.6% (SD = 0.9) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ควบคุม (<7%) ชัดเจน และมีผู้ป่วยกว่าร้อยละ 31 ที่เริ่มมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานแล้ว ลักษณะเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการแทรกแซงและความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (N=60)

ระยะเวลาการวัด	HbA1c (%)		t,p-value
	ค่าเฉลี่ย(SD)	ค่าต่ำสุด-สูงสุด	
ก่อนโปรแกรม (Baseline)	8.6 (0.9)	7.1 – 10.5	8.74 <0.001*
หลังโปรแกรม (3 เดือน)	7.5 (0.7)	6.2 – 9.3	

หมายเหตุ: *ใช้สถิติ Paired Samples t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ*
** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < 0.05*

จากตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่นเป็นเวลา 3 เดือน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่าค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 8.6% (SD = 0.9) เมื่อก่อนเริ่มโปรแกรม เหลือ 7.5% (SD = 0.7) หลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยมีค่าผลต่างเฉลี่ย (Mean Difference) อยู่ที่ 1.1% (SD = 0.6) ($t(59) = 8.74$, $p < .001$)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่น (Flexible Meal Planning Program) ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแหน โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง จากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย เป็นเวลา 12 สัปดาห์ สรุปได้ดังนี้ 1) โปรแกรมนี้สามารถลดระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ของผู้เข้าร่วมได้ อย่างมีนัยสำคัญทั้งทางสถิติและทางคลินิก 2) ค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงจาก 8.6% (SD=0.9) ก่อนเริ่มโปรแกรม เหลือ 7.5% (SD=0.7) หลังสิ้นสุดโปรแกรม 3) ค่าผลต่างเฉลี่ย (Mean Difference) อยู่ที่ 1.1% (SD=0.6) ซึ่งการลดลงมากกว่า 1% ถือว่ามีความสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานได้อย่างชัดเจน

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่นสามารถลดระดับ HbA1c ได้ 1.1% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องอย่างชัดเจนกับหลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่ทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งสนับสนุนประสิทธิผลของแนวทางการจัดการตนเองที่ยืดหยุ่นและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสนับสนุน ดังต่อไปนี้ งานวิจัยของ สายสมร และคณะ (2566) ในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่า HbA1c ลดลง 0.9% หลังจาก3 เดือน[5] และงานวิจัยของ พงษ์ศักดิ์ และคณะ (2567) ในชุมชนภาคเหนือของไทย ที่ทดลองใช้แนวคิด "อาหารตามใจแต่พอดี" ร่วมกับการติดตามผ่านไลน์กลุ่ม พบผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกัน คือ HbA1c ลดลงเฉลี่ย 1.0% ในกลุ่มทดลอง เน้นย้ำว่าการปรับแนวทางให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมอาหารท้องถิ่นเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ[9] การศึกษาศิริพร วัฒนศิริ (2568) ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สรุปว่าโปรแกรมที่ผสมผสานระหว่างการให้ความรู้ การบันทึกกิจกรรม และการได้รับการตอบรับ (feedback) จากผู้ให้บริการสุขภาพ สามารถลด HbA1c ได้เฉลี่ย 0.8% - 1.2% ซึ่งผลการวิจัยมีประสิทธิผลสูง[10] แนวทางของสมาคมโรคเบาหวานอเมริกัน (American Diabetes Association หรือ ADA, 2024) เน้นย้ำความสำคัญของ "Diabetes Self-Management Education and Support (DSMES)" ที่ปรับให้เหมาะกับแต่ละบุคคล โดยระบุว่าการให้โปรแกรมด้านโภชนาการที่มีการติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่องสามารถลด HbA1c ได้ 1.0% ถึง 2.0% ในระยะสั้น ซึ่งผลการศึกษาโปรแกรมฯที่ศึกษานี้สอดคล้องกับข้อแนะนำระดับนานาชาตินี้ [6] จากการศึกษาแบบสุ่มควบคุม (RCT) โดย Powers และคณะ (2020) ซึ่งเป็นพื้นฐานของแนวทาง ADA รายงานว่าการจัดการตนเองที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยประมาณ 50% บรรลุเป้าหมาย HbA1c <7% ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่าค่าเฉลี่ย HbA1c หลังโปรแกรมลดมาอยู่ที่ 7.5% และค่าต่ำสุดที่ 6.2% เช่นกัน อธิบายถึงความสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเข้าสู่เกณฑ์เป้าหมายแล้ว เป็นไปในทิศทางเดียวกัน[7] งานวิจัยของ Williams และคณะ (2022) ในสหราชอาณาจักร ที่ประเมินโปรแกรมควบคุมอาหารแบบยืดหยุ่น (Flexible Dietary Approach) พบว่า นอกจากจะลด HbA1c ได้แล้ว ยังช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตและลดความเครียดด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่อาจอธิบายความสำเร็จและความต่อเนื่องของผู้เข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่น (Flexible Meal Planning) [12] ผลลัพธ์ที่ได้สนับสนุนทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura โปรแกรมนี้ออกแบบมาให้ผู้ป่วย "ประสบความสำเร็จได้ด้วยตัวเอง" ผ่านทักษะง่ายๆ เช่น การนับคาร์โบไฮเดรตด้วยมือ และได้รับการสนับสนุนเชิงบวกผ่านไลน์กลุ่ม จะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นว่าตนสามารถจัดการโรคได้ (พิศมร และคณะ, 2565) ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน[13] การลดลงของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของ HbA1c หลังโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2023) ที่อธิบายว่า โปรแกรมสนับสนุนที่เข้มข้นและเฉพาะเจาะจง (intensive intervention) มีแนวโน้มจะลดความแปรปรวนของผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างผู้ป่วยลงได้ หมายความว่ามีประสิทธิผลในผู้ป่วยหลากหลายกลุ่ม[14] ผลการศึกษานี้ไม่เพียงแต่แสดงประสิทธิผลในบริบทของ รพ.สต. หนองแหน แล้วยังให้หลักฐานสนับสนุนที่หนักแน่นจากบริบทประเทศไทย ต่อองค์ความรู้สากลที่มีอยู่

แล้ว ว่านวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ "เข้าใจผู้ป่วย" และใช้เครื่องมือที่เข้าถึงได้ สามารถสร้างผลลัพธ์ทางคลินิกที่วัดผลได้อย่างมีนัยสำคัญ การที่ผลลัพธ์สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ทำให้ข้อสรุปจากงานวิจัยนี้มีน้ำหนักและความน่าเชื่อถือ สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นปกติยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัยนี้ใช้รูปแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อน-หลัง ทำให้ไม่สามารถควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวนภายนอก (เช่น การเปลี่ยนแปลงยารักษาเบาหวาน, กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่นๆในชุมชน) ได้อย่างสมบูรณ์

2. ระยะเวลาการติดตามผลการศึกษาได้ติดตามผลเพียง 3 เดือน จึงไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาวได้

3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการใช้การสุ่มแบบเจาะจงและการดำเนินการในพื้นที่เดียว อาจส่งผลต่อการนำผลการวิจัยไป generalize ใช้ในบริบทหรือประชากรกลุ่มอื่น

4. ตัวแปรผลลัพธ์ได้ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกหลักเพียงตัวเดียว (HbA1c) ขาดการประเมินผลลัพธ์ด้านอื่น เช่น คุณภาพชีวิต ความรู้สึกมีศักยภาพในตนเอง (Self-efficacy) หรือความพึงพอใจต่อโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลไปใช้นั้น ควรนำโปรแกรมนี้ไปทดลองใช้ใน รพ.สต. อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง โดยอาจปรับรายละเอียดกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมอาหารท้องถิ่น

2. ควรทำการวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial (RCT) ที่มีกลุ่มควบคุมเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

3. ขยายระยะเวลาติดตามผลไปอีก 6 หรือ 12 เดือน เพื่อศึกษาความยั่งยืน

4. ศึกษาผลของโปรแกรมต่อตัวแปรด้านจิตสังคม เช่น Self-efficacy, Quality of Life และศึกษาปัจจัยที่ทำนายความสำเร็จของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). Global report on diabetes. Geneva: WHO.
2. International Diabetes Federation.(2021). IDF Diabetes Atlas, 10th edn. Brussels, Belgium: IDF.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.(2566). สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
4. ศูนย์บริการข้อมูลสุขภาพจังหวัดฉะเชิงเทรา (HDC).(2567). รายงานสถานะสุขภาพประชากรจังหวัดฉะเชิงเทรา พ.ศ. 2567. ฉะเชิงเทรา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา.
5. สายสมร ใจดี, อนันต์ วิทยาธร, ดวงมณี วิยะทัศน์.(2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันต่อระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. Journal of Nursing Science and Health. 2566;46(1):112-123.
6. American Diabetes Association.(2024). Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 2024;47(Supplement 1):S1–S322.
7. American Academy of Family Physicians, the American Academy of PAs, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association.(2020). Diabetes Care. 2020;43(7):1636-1649.
8. Powers MA, Bardsley JK, Cypress M, et.al.(2021). Diabetes Self-management Education and Support in Adults With Type 2 Diabetes: A Consensus Report of the American Diabetes

Association, the Association of Diabetes Care and Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy of Family Physicians, the American Academy of PAs, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association. J Acad Nutr Diet. 2021 Apr;121(4):773-788.e9. doi: 10.1016/j.jand.2020.04.020. Epub 2020 Jun 8. PMID: 34924170.

9. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, et al.(2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ. 2000;321(7258):405-12.
10. พงษ์ศักดิ์ แสงเดือน, สุทธิพร ภู่วิจิตร, วราภรณ์ มั่นคง.(2567). ประสิทธิผลของโปรแกรม "อาหารตามใจแต่พอดี" ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชุมชนภาคเหนือ. วารสารวิชาการสุขภาพแห่งภาคเหนือ. 2567;12(3):45-60.
11. ศิริพร วัฒนศิริ.(2568). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: การใช้แอปพลิเคชันสุขภาพเพื่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2568;48(2):200-215.
12. Williams K, O'Connell MA, McCarthy M, et al.(2022). A flexible dietary approach improves glycemic control and quality of life in adults with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. Diabetes Res Clin Pract. 2022;183:109147.
13. พิศมร ใจกว้าง, สุรศักดิ์ ธรรมมั่น, ดวงมณี วิยะทัศน์.(2566). การรับรู้ความสามารถของตนเอง: ปัจจัยทำนายสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. Journal of Nursing and Health Care. 2565;40(4):88-99.
14. Lee AA, Heisler M, Janevic MR, et al.(2023). Reducing clinical outcome variability in type 2 diabetes through personalized self-management support. J Gen Intern Med. 2023;38(5):1123-1130.

ประสิทธิภาพของทักษะการโค้ชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนาโพธิ์

The Effectiveness of Coaching Skills for Healthcare Personnel at Napo Hospital

(Received: January 4,2026 ; Revised: January 14,2026 ; Accepted: February 5,2026)

เวหุวัน อินทอง[1]
Weluwan Inthong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของการทำงานเป็นทีมและวัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กรภายหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชตามแนวคิด GROW Model ในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามการทำงานเป็นทีม แบบประเมินวัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กร และแนวคำถามสะท้อนคิด โดยดำเนินโปรแกรมการโค้ชตาม GROW Model เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired Samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชตาม GROW Model กลุ่มตัวอย่างมีระดับการทำงานเป็นทีมและวัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กรทั้งโดยรวมและรายด้านสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สะท้อนให้เห็นว่า กระบวนการโค้ชช่วยส่งเสริมการสื่อสาร ความร่วมมือ การสะท้อนคิด และการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงภายในองค์กร ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันและสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การโค้ชตาม GROW Model, การทำงานเป็นทีม, วัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กร, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine changes in teamwork and organizational learning culture after implementing a coaching program based on the GROW Model in a community hospital. The participants were 30 healthcare and public health personnel working in a community hospital, selected through purposive sampling. A one-group pretest–posttest design was employed. Research instruments included a teamwork questionnaire, an organizational learning culture assessment form, and reflective questions. The GROW Model coaching program was implemented over an 8-week period. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired-samples t-test.

The results indicated that after the GROW Model coaching program, participants demonstrated significantly higher levels of teamwork and organizational learning culture, both overall and across dimensions, at the .05 level. These findings suggest that coaching enhances communication, collaboration, reflective practice, and experiential learning within the organization. Therefore, the GROW Model coaching program can be applied as an effective approach to improving teamwork and fostering a sustainable learning culture in community hospitals.

Keyword : GROW Model Coaching, Teamwork, Organizational Learning Culture, Community Hospital

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนเผชิญกับความท้าทายจากความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและข้อจำกัดด้านทรัพยากร ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณและโครงสร้างการบริหาร ส่งผลให้การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามในบริบทของโรงพยาบาล

[1] โรงพยาบาลนาโพธิ์ บุรีรัมย์ ผู้นิพนธ์ประสานงาน : เวหุวัน อินทอง, E-mail: weluwan.inthong@gmail.com

ชุมชนยังพบปัญหาการทำงานแบบแยกส่วนการสื่อสารไม่ทั่วถึง และการขาดพื้นที่สำหรับการเรียนรู้และการสะท้อนการปฏิบัติงานร่วมกันซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพบริการโดยรวม[1]

แนวคิดการโค้ช (Coaching) ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในฐานะเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการเปลี่ยนแปลงองค์กร โดยเฉพาะการโค้ชตาม GROW Model ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการกำหนดเป้าหมาย (Goal) การสำรวจสภาพความเป็นจริง (Reality) การสร้างทางเลือก (Options) และการกำหนดแนวทางการลงมือปฏิบัติ (Will) เป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมการตระหนักรู้ การมีส่วนร่วม และความรับผิดชอบร่วมกันของผู้ปฏิบัติงาน กระบวนการดังกล่าวไม่เพียงส่งผลต่อการพัฒนาระดับบุคคล แต่ยังสามารถขยายผลไปสู่การเปลี่ยนแปลงระดับทีมและระดับองค์กร ผ่านการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนมุมมอง และการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง[2]

การทำงานเป็นทีมในองค์กรสุขภาพถือเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงการพัฒนาบุคลากรกับผลลัพธ์ขององค์กร ทีมที่มีการสื่อสารที่ดี มีความไว้วางใจ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จะสามารถประสานการทำงานระหว่างวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเอื้อต่อการเกิดการเรียนรู้ร่วมกันและการปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน วัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กรเป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ช่วยสนับสนุนให้บุคลากรเกิดการสะท้อนคิด การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการเรียนรู้จากความสำเร็จและความผิดพลาด[3]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังมีงานวิจัยที่ศึกษากลไกการเปลี่ยนแปลงของการโค้ชตาม GROW Model ในบริบทองค์กรสุขภาพ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนค่อนข้างจำกัด โดยส่วนใหญ่มุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านสมรรถนะหรือความพึงพอใจในการทำงานเป็นรายบุคคล ขณะที่การอธิบายกระบวนการหรือกลไกที่เชื่อมโยงการโค้ชไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านการทำงานเป็นทีมและวัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กรยังไม่ชัดเจน ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการอธิบายบทบาทของการโค้ชตาม GROW Model ในฐานะกลไกการเปลี่ยนแปลงที่ช่วยยกระดับการทำงานเป็นทีมและส่งเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้ในโรงพยาบาลชุมชน อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางบริหารทรัพยากรมนุษย์และการพัฒนาองค์กรสุขภาพในระยะยาว

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest–Posttest Design) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการใช้โปรแกรมการโค้ชตาม GROW Model ในโรงพยาบาลชุมชน การวิจัยนี้ยึดแนวคิดการโค้ชตาม GROW Model เป็นตัวแปรต้น โดยมองว่ากระบวนการโค้ชทำหน้าที่เป็นกลไกการเปลี่ยนแปลง (Mechanism of Change) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ของบุคลากรในระดับทีม และนำไปสู่การพัฒนาวัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กรในระดับโครงสร้าง

กระบวนการโค้ชตาม GROW Model ช่วยให้บุคลากรและทีมงานร่วมกันกำหนดเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจน (Goal) เข้าใจสภาพความเป็นจริงของการทำงานและข้อจำกัดในบริบทโรงพยาบาลชุมชน (Reality) สร้างทางเลือกในการปรับปรุงการทำงานร่วมกัน (Options) และกำหนดแนวทางการลงมือปฏิบัติที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมและรับผิดชอบร่วมกัน (Will) กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้เกิดการสื่อสารที่เปิดกว้าง ความไว้วางใจ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการแก้ปัญหาร่วมกัน ซึ่งสะท้อนออกมาในรูปของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เมื่อการทำงานเป็นทีมได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จะเอื้อต่อการสร้างบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของบุคลากร ส่งผลให้เกิดวัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กรที่เข้มแข็ง โดยมีการสนับสนุนจากผู้บริหารและการเรียนรู้ร่วมกันเป็นฐานสำคัญ กรอบแนวคิดของการวิจัยจึงแสดงความสัมพันธ์เชิงลำดับจาก การโค้ชตาม GROW

Model ⟶ การทำงานเป็นทีม ⟶ วัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กร ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ประชากระและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้กำหนดประชากรเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ ครอบคลุมบุคลากรทุกสายงาน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากคุณสมบัติสำคัญ ได้แก่ เป็นผู้ปฏิบัติงานประจำ มีระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการพัฒนาทักษะการโค้ช และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดกระบวนการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

จำนวนกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยอ้างอิงการคำนวณขนาดตัวอย่างตามแนวทางของ Cohen (1992) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจำนวน 30 คน ทั้งนี้คาดว่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมการโค้ชจะอยู่ในระดับปานกลาง ($dz \approx 0.51$)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายทั้งผลลัพธ์และกลไกการเปลี่ยนแปลงของการโค้ชตาม GROW Model ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการวิจัย ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งหน้าที่การงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และลักษณะการทำงานเป็นทีม เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ผลการวิจัย

2. แบบประเมินการทำงานเป็นทีมในองค์กรสุขภาพ เป็นแบบสอบถามมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) พัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการทำงานเป็นทีมในระบบบริการสุขภาพ ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การสื่อสารภายในทีม ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ ความไว้วางใจ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการแก้ปัญหาร่วมกัน

3. แบบประเมินวัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กร เป็นแบบสอบถามมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ใช้ประเมินระดับการรับรู้ของบุคลากรต่อวัฒนธรรมการเรียนรู้ในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย ด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน การสนับสนุนการเรียนรู้จากผู้บริหาร และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในงานประจำ

4. แนวคำถามการสะท้อนคิดและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการโค้ชตาม GROW Model ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายกลไกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการโค้ช โดยครอบคลุมประเด็นการกำหนดเป้าหมาย (Goal) การตระหนักรู้สภาพจริง (Reality) การสร้างทางเลือก (Options) และความมุ่งมั่นในการปฏิบัติ (Will) รวมถึงผลที่เกิดขึ้นต่อการทำงานเป็นทีมและวัฒนธรรมการเรียนรู้

คุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ (1) แบบสอบถามการทำงานเป็นทีม (2) แบบประเมินวัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กร และ (3) แนวคำถามสะท้อนคิด (Reflective Questions) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง เพื่อให้เครื่องมือมีความเหมาะสมและสามารถวัดตัวแปรได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ดำเนินการโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร รวมถึงความเหมาะสมของถ้อยคำและความครอบคลุมของประเด็นที่ต้องการศึกษา จากนั้นปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้มีความชัดเจนและเหมาะสมยิ่งขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้ทดสอบความสม่ำเสมอภายในของแบบสอบถามด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อยืนยันว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่เหมาะสมและสามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ แนวคำถามสะท้อนคิดถูกออกแบบให้สอดคล้องกับกระบวนการโค้ชตาม GROW Model เพื่อสนับสนุนการสะท้อนคิดจากประสบการณ์จริงและช่วยเสริมความสมบูรณ์ของข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการดำเนินโปรแกรม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการอย่างเป็นระบบภายใต้การออกแบบการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมุ่งติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกระบวนการโค้ชตาม GROW Model ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วยลำดับดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการและการประเมินสภาพก่อนการทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐานของบุคลากร และประเมินระดับการทำงานเป็นทีมและวัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กรก่อนเข้าร่วมกระบวนการโค้ช โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของการวิจัย

ระยะที่ 2 การดำเนินกระบวนการโค้ชตาม GROW Model ดำเนินการจัดกิจกรรมโค้ชต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในลักษณะกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้การโค้ชแบบรายบุคคล การโค้ชแบบกลุ่ม และการโค้ชระหว่างเพื่อนร่วมงาน เพื่อเปิดพื้นที่ให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิด และการเรียนรู้ร่วมกันภายใต้บริบทการทำงานจริงของโรงพยาบาลชุมชน แต่ละกิจกรรมใช้เวลาเฉลี่ยครั้งละ 60–90 นาที

ระยะที่ 3 การติดตามและการประเมินผลหลังการดำเนินการโค้ช ภายหลังสิ้นสุดกระบวนการโค้ช ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลซ้ำด้วยเครื่องมือชุดเดียวกับระยะก่อนการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ได้มีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติมจากการสะท้อนคิดและการสนทนากลุ่ม เพื่ออธิบายกลไกการเปลี่ยนแปลงของการทำงานเป็นทีมและวัฒนธรรมการเรียนรู้ที่เกิดจากกระบวนการโค้ช

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติ ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการวิจัยวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับการทดสอบผลของการดำเนินโปรแกรมการโค้ชตาม GROW Model ต่อการทำงานเป็นทีมและวัฒนธรรมการเรียนรู้ ใช้สถิติเชิงอนุมานโดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างเดียวกันด้วยสถิติ Paired Samples t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างชัดเจนก่อนเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นอาสาสมัครและให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือสิทธิประโยชน์ใด ๆ

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการรักษาความลับและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบไม่เปิดเผยชื่อ ใช้รหัสแทนข้อมูลส่วนบุคคล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อป้องกันการระบุตัวตน นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกจัดเก็บอย่างปลอดภัย และใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของการทำงานเป็นทีมและวัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กรภายหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชตาม GROW Model ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ตอน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปี และปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก โดยมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไปคิดเป็นกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ บุคลากรส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในลักษณะการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสะท้อนบริบทการทำงานจริงของโรงพยาบาลชุมชน และมีความเหมาะสมต่อการศึกษากลไกการเปลี่ยนแปลงของการโค้ชตาม GROW Model ต่อการทำงานเป็นทีมและวัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กร

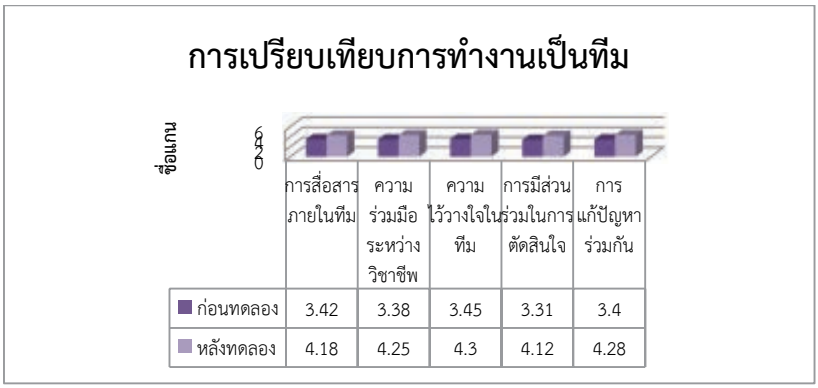
2. ผลการเปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชตาม GROW Model ผลการวิเคราะห์คะแนนการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการแพทย์ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชตาม GROW Model บุคลากรมีระดับการทำงานเป็นทีมโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำงานเป็นทีมก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

การทำงานเป็นทีม	ก่อนทดลอง $\bar{x}$ (SD)	หลังทดลอง $\bar{x}$ (SD)	t	p
การสื่อสารภายในทีม	3.42 (0.51)	4.18 (0.47)	6.21	.000*
ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ	3.38 (0.49)	4.25 (0.44)	7.03	.000*
ความไว้วางใจในทีม	3.45 (0.53)	4.30 (0.46)	6.88	.000*
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.31 (0.56)	4.12 (0.50)	6.02	.000*
การแก้ปัญหาร่วมกัน	3.40 (0.52)	4.28 (0.45)	6.75	.000*
รวม	**3.39 (0.41)**	**4.23 (0.38)**	**8.14**	**.000***

*p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำงานเป็นทีมทุกด้านหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการโค้ชตาม GROW Model มีส่วนช่วยส่งเสริมการสื่อสาร ความร่วมมือ และการทำงานร่วมกันของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม



แผนภาพที่ 1 ผลการเปรียบเทียบการทำงานเป็นทีม

3. ผลการเปรียบเทียบวัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กรก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชตาม GROW Model ผลการวิเคราะห์วัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กรก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการเข้าร่วมกระบวนการโค้ช บุคลากรมีการรับรู้วัฒนธรรม

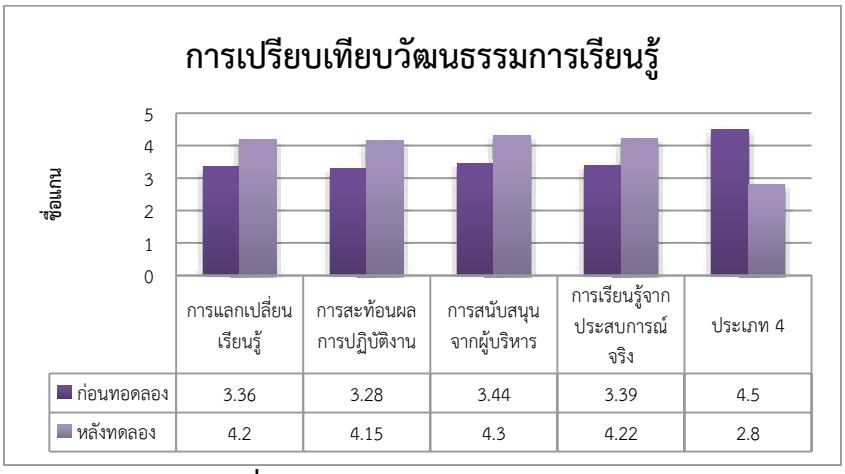
การเรียนรู้ขององค์กรในระดับที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนวัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กรก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

วัฒนธรรมการเรียนรู้	ก่อนทดลอง $\bar{x}$ (SD)	หลังทดลอง $\bar{x}$ (SD)	t	p
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.36 (0.54)	4.20 (0.48)	6.47	.000*
การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน	3.28 (0.57)	4.15 (0.50)	6.11	.000*
การสนับสนุนจากผู้บริหาร	3.44 (0.52)	4.30 (0.46)	6.92	.000*
การเรียนรู้จากประสบการณ์จริง	3.39 (0.55)	4.22 (0.49)	6.38	.000*
รวม	**3.37 (0.43)**	**4.22 (0.40)**	**7.86**	**.000***

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยวัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กรโดยรวมและรายด้านหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการโค้ชตาม GROW Model ช่วยกระตุ้นให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ การสะท้อนคิด และการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน



แผนภาพที่ 2 ผลการเปรียบเทียบวัฒนธรรมการเรียนรู้

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ช บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีระดับการทำงานเป็นทีมโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในด้านการสื่อสารภายในทีม ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ ความไว้วางใจ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการแก้ปัญหาร่วมกัน แสดงให้เห็นว่า กระบวนการโค้ชตาม GROW Model สามารถเสริมสร้างพลวัตการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า วัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กรภายหลังการทดลองอยู่ในระดับที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง สะท้อนให้เห็นว่า การโค้ชไม่เพียงส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรรายบุคคลเท่านั้น แต่ยังเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนการเรียนรู้ร่วมกันและการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง โดยภาพรวม การโค้ชตาม GROW Model จึงเป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและกำลังคน สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการทำงานเป็น

ทีมและสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กรสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชตาม GROW Model บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนมีระดับการทำงานเป็นทีมโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในด้านการสื่อสารภายในทีม ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ ความไว้วางใจ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการแก้ปัญหาร่วมกัน ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการโค้ชมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาพลวัตของทีมงานในองค์กรสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ(8) ที่อธิบายว่าการโค้ชตาม GROW Model ช่วยให้บุคลากรตระหนักรู้เป้าหมายร่วมกัน เข้าใจสภาพความเป็นจริงของการทำงาน และร่วมกันสร้างแนวทางการแก้ปัญหาอย่างมีส่วนร่วม อันนำไปสู่การเสริมพลังและความเป็นเจ้าของในการทำงานของสมาชิกในทีม นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ[4] ที่พบว่าการโค้ชในองค์กสามารถช่วยยกระดับการสื่อสารและความร่วมมือในทีมสหวิชาชีพ ส่งผลให้การทำงานร่วมกันมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผลการเปรียบเทียบรายด้านยังแสดงให้เห็นว่า ด้านการสื่อสารภายในทีมและความร่วมมือระหว่างวิชาชีพมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด ซึ่งอาจอธิบายได้ว่ากระบวนการโค้ชเปิดโอกาสให้บุคลากรได้แลกเปลี่ยนมุมมองและสะท้อนประสบการณ์การทำงานจริงอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวคิดของ Edmondson เกี่ยวกับความปลอดภัยทางจิตใจในการทำงาน (psychological safety) ที่ระบุว่าการสร้างพื้นที่ให้บุคลากรสามารถสื่อสารอย่างเปิดเผยโดยไม่กลัวการถูกตำหนิ จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และการทำงานเป็นทีมอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้ ผลดังกล่าวยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ[5] ที่รายงานว่าทีมงานที่ได้รับการพัฒนาเชิงกระบวนการจะมีความไว้วางใจและการประสานงานที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ในด้านวัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กร ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชตาม GROW Model บุคลากรมีการรับรู้วัฒนธรรมการเรียนรู้ในระดับที่สูงขึ้นทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ[6] เกี่ยวกับองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) ที่เน้นการเรียนรู้ร่วมกัน การสะท้อนคิด และการปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยการโค้ชทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงการเรียนรู้ระดับบุคคลไปสู่ระดับทีมและระดับองค์กร นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ[7] ที่ชี้ว่าการสะท้อนการปฏิบัติงานช่วยให้เกิดการเรียนรู้เชิงลึกและการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนในองค์กร

ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ[8] ที่พบว่า การโค้ชในองค์กรมีส่วนช่วยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงงานวิจัยในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่พบว่าการใช้กระบวนการโค้ชช่วยเพิ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างวิชาชีพและสนับสนุนบทบาทของผู้บริหารในการส่งเสริมการเรียนรู้ในองค์กร โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร การโค้ชจึงเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการพัฒนาองค์กรบนฐานของการเรียนรู้จากงานประจำ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. โรงพยาบาลชุมชนควรนำกระบวนการโค้ชตาม GROW Model ไปประยุกต์ใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการเข้ากับการประชุมทีม การพัฒนาคุณภาพงาน และการเรียนรู้จากงานประจำ

2. ควรส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานและผู้นำทีมได้รับการพัฒนาทักษะการโค้ช เพื่อทำหน้าที่เป็นโค้ชภายในองค์กร (internal coach) และขยายผลการเรียนรู้สู่ทีมงานอย่างทั่วถึง

3. ควรจัดให้มีพื้นที่และเวลาที่เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนคิด และการโค้ช

ระหว่างเพื่อนร่วมงาน เพื่อเสริมสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือในทีมสหวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายสนับสนุนการใช้การโค้ชเป็นเครื่องมือพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ

2. ควรบรรจุแนวคิดการโค้ชและการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ไว้ในแผนพัฒนาคุณภาพบริการและแผนพัฒนาบุคลากรขององค์กรสุขภาพในระดับเขตและระดับประเทศ

3. ควรสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และขยายผลการใช้การโค้ชอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาผลของการโค้ชตาม GROW Model ในรูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม หรือการวิจัยเชิงทดลองเต็มรูปแบบ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรขยายระยะเวลาการติดตามผล เพื่อศึกษาความคงอยู่ของผลลัพธ์ด้านการทำงานเป็นทีมและวัฒนธรรมการเรียนรู้ในระยะยาว

3. ควรศึกษากลไกการเปลี่ยนแปลงเชิงลึกด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการวิเคราะห์กรณีศึกษา เพื่ออธิบายกระบวนการโค้ชที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงขององค์กรสุขภาพอย่างรอบด้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาลนาโพธิ์ รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2564). ภาพอนาคตระบบสาธารณสุขไทยและการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพ พ.ศ. 2563–2567.

2. Whitmore J.(2010). Coaching for performance: Growing human potential and purpose: The principles and practice of coaching and leadership. Hachette.

3.Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, et al.(2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. Am Psychol. 2018;73(4):433-450.

4.Babiker A, El Husseini M, Al Nemri A, Al Frayh A, Al Juryyan N, Faki MO, et al.(2014). Health care professional development: Working as a team to improve patient care. Sudanese J Paediatr. 2014;14(2):9-16.

5.พันโทนิติศักดิ์ เชื่อมวราศาสตร์, ชวาลา ยิ่งทวีศักดิ์. การสร้างทีม.(2567). วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;6(3):1-13.

6.Gould N.(2004). Introduction: The learning organization and reflective practice – The emergence of a concept. In: Gould N. Social work, critical reflection and the learning organization. 1st ed. Routledge; 2004. p. 1-10.

7.O'Brien W, Sarkis J.(2014). The potential of community-based sustainability projects for deep learning initiatives. J Clean Prod. 2014;62:48-61.

8.Hunaiti Z.(2024). Empowering healthcare leaders: Coaching for leadership development. Encyclopedia. 2024;4(4):1752-1759.

การเปรียบเทียบความผิดปกติของรูปร่างเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ Dysmorphic ด้วยเครื่องตรวจปัสสาวะอัตโนมัติรุ่น UriSed 3 Pro กับวิธีมาตรฐานที่ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์

Dysmorphic RBC of the UriSed 3 Pro Comparison with Manual Microscopy

(Received: January 5,2026 ; Revised: January 14,2026 ; Accepted: January 31,2026)

แสงดาว จงสุข[1]
Sangdao Joongsuk[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองโดยใช้ตัวอย่างปัสสาวะจำนวน 143 ตัวอย่าง จากผู้ป่วยที่ส่งตรวจ ณ ห้องปฏิบัติการจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ตัวอย่างทั้งหมดได้รับการตรวจด้วยเครื่อง UriSed 3 Pro และตรวจยืนยันด้วย manual microscopy วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความสอดคล้องด้วยค่า Kappa coefficient การเปรียบเทียบความแตกต่างด้วย paired sample t-test และประเมินสมรรถนะของการตรวจด้วย ROC curve

พบว่าเครื่อง UriSed 3 Pro ให้ผลบวกของ DRBC ร้อยละ 70.63 ขณะที่ manual microscopy ให้ผลบวกร้อยละ 69.23 ค่า Kappa coefficient เท่ากับ 0.63 แสดงถึงความสอดคล้องในระดับดี ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เครื่อง UriSed 3 Pro มีค่า sensitivity มากกว่าร้อยละ 80 และค่า specificity อยู่ในระดับปานกลาง

คำสำคัญ: เม็ดเลือดแดงผิดรูป, การตรวจตะกอนปัสสาวะอัตโนมัติ, การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์

ABSTRACT

This study was experiment research aimed to compare the performance of DRBC detection between the UriSed 3 Pro automated analyzer and conventional manual microscopy. A comparative study was conducted using 143 urine samples collected from patients who underwent urinalysis at the Clinical Microscopy Laboratory, Somdej Phra Yupparat Sa Kaeo Hospital, between February and July 2025. All samples were analyzed using the UriSed 3 Pro and subsequently confirmed by manual microscopic examination. Data were analyzed using descriptive statistics, agreement analysis with the Kappa coefficient, paired sample t-test for comparison, and receiver operating characteristic (ROC) curve analysis to evaluate diagnostic performance.

The results showed that the UriSed 3 Pro detected DRBC in 70.63% of samples, while manual microscopy yielded positive results in 69.23% of samples. The Kappa coefficient was 0.63, indicating good agreement between the two methods. No statistically significant difference was observed between the methods ($p > 0.05$). The UriSed 3 Pro demonstrated a sensitivity greater than 80%, with moderate specificity.

Key word: Dysmorphic red blood cells, Automated urine sediment analysis, Microscopic examination

บทนำ

การตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะในงานประจำวัน (Routine urinalysis) เป็นการตรวจเบื้องต้นที่ทำได้ง่าย เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคทางเดินปัสสาวะและโรคไต[1] ซึ่งการตรวจประกอบด้วย การตรวจทางกายภาพ การตรวจทางเคมีและการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานตาม Clinical & Laboratory Standards Insitute (CLSI)[2] เนื่องจากเป็นการตรวจที่สามารถทำได้ง่าย และให้ข้อมูลในการตรวจคัดกรอง การติดตามอาการ และการวินิจฉัยโรค ภาวะที่ผู้ป่วยมีเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ(hematuria) ถือว่ามีความสำคัญทางคลินิกเพราะอาจนำไปสู่การเกิดมะเร็งหรือโรคไตได้ ในปี พ.ศ.2025 Fairy และ Birch ได้ศึกษาความแตกต่างของเม็ดเลือดแดงจาก

[1] นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

แหล่งที่มาของเม็ดเลือดแดงที่พบในปัสสาวะ พบว่าในผู้ป่วยโรคโกลเมอรูลัส เม็ดเลือดแดงที่พบมีรูปร่างบิดเบี้ยว เรียกว่า Dysmorphic red blood cell (DRBC)[3] ในขณะที่เม็ดเลือดแดงหลุดมาจากตำแหน่งอื่นของทางเดินปัสสาวะ (urologic hematuria) จะมีรูปร่างปกติและรูปแบบเซลล์เหมือนๆกัน[4] การพบ DRBC ในปัสสาวะจึงเป็นตัวบ่งชี้ว่ามีเม็ดเลือดแดงที่หลุดมาจากโกลเมอรูลัส (glomerular hematuria) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วย glomerulonephritis (GN)[5] การตรวจจำแนกชนิดเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะโดยวิธีมาตรฐานคือการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ซึ่งให้ความแม่นยำสูง แต่มีข้อจำกัดด้านเวลาและต้องอาศัยความชำนาญของผู้ตรวจ ปัจจุบันจึงมีการพัฒนาเครื่องตรวจปัสสาวะอัตโนมัติที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการวิเคราะห์ภาพ เพื่อเพิ่มความรวดเร็วและมาตรฐานในการรายงานผล เครื่อง UriSed 3 Pro เป็นหนึ่งในเครื่องตรวจอัตโนมัติที่ใช้กล้องจุลทรรศน์ดิจิทัลร่วมกับซอฟต์แวร์วิเคราะห์ภาพ อย่างไรก็ตาม ความแม่นยำในการจำแนกเม็ดเลือดแดงผิดรูป (dysmorphic red blood cells) ซึ่งมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรคไต ยังเป็นประเด็นที่ต้องประเมิน ดังนั้น งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการตรวจเม็ดเลือดแดงผิดรูปจากเครื่อง UriSed 3 Pro กับการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อประเมินความถูกต้องและความสอดคล้องของผลการตรวจในการนำไปใช้จริงทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจปัสสาวะ (Urinalysis) เป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่ใช้ประเมินการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะและไต ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ การตรวจสมบัติทางกายภาพ (Physical Examination) เช่น สี กลิ่น ความขุ่น การตรวจทางเคมี (Chemical Examination) เช่น pH, protein, glucose, bilirubin และ การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Microscopic Examination) ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวินิจฉัยโรคของไตและทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากสามารถตรวจพบเซลล์ เม็ดเลือด ผลึก แบคทีเรีย และ cast ต่าง ๆ ได้โดยตรง[2,6,7] เม็ดเลือดแดง (Red Blood Cells; RBCs) ที่พบในปัสสาวะอาจมีรูปร่างปกติหรือผิดรูป (dysmorphic) ขึ้นอยู่กับแหล่งกำเนิดของเลือด หากเลือดออกจากทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง เช่น กระเพาะปัสสาวะ หรือท่อปัสสาวะ มักพบ RBC รูปร่างปกติ (Eumorphic RBCs) ในขณะที่เลือดออกจากไต โดยเฉพาะจาก glomerulus จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง เกิดเป็น Dysmorphic RBCs เช่น acanthocytes และ codocytes[8] ซึ่งเกิดจากแรงดันออสโมติกและกลไกการผ่านเยื่อกรอง glomerular basement membrane ที่ผิดปกติ การประเมิน hematuria เป็นขั้นตอนสำคัญในการแยกโรคของไต (glomerular vs non-glomerular origin) โดยการตรวจรูปร่างเม็ดเลือดแดงมีความจำเพาะสูงกว่าการใช้เพียงแถบตรวจ (dipstick) การพบ acanthocytes ≥ 5% ของ RBC ทั้งหมด ถือเป็นตัวบ่งชี้ที่ไวและจำเพาะต่อ glomerular hematuria[3,9] ในทางคลินิกจึงช่วยคัดกรองโรคไตอักเสบ glomerulonephritis และโรค IgA nephropathy ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันห้องปฏิบัติการใช้ระบบอัตโนมัติในการตรวจปัสสาวะเพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากผู้ตรวจและเพิ่มความเร็ว เช่น เครื่อง UriSed 3 Pro ที่ใช้หลักการถ่ายภาพดิจิทัลและการประมวลผลภาพ (image processing) ร่วมกับ Artificial Intelligence ในการจำแนกชนิดของอนุภาคในปัสสาวะ รวมทั้ง RBCs, WBCs, epithelial cells และ casts[2,10] ระบบนี้สามารถรายงานผลเป็นข้อความเตือน (flag message) เช่น “acanthocyte flag” ซึ่งช่วยให้ห้องปฏิบัติการตรวจสอบเพิ่มเติมด้วยกล้องจุลทรรศน์ได้เฉพาะรายที่จำเป็น กล้อง Phase Contrast เป็นวิธีมาตรฐานสำหรับการประเมิน RBC morphology ในปัสสาวะ เนื่องจากให้ภาพที่มีความชัดเจนของเยื่อหุ้มเซลล์และความแตกต่างของความหนาแน่นภายใน ทำให้สามารถแยก dysmorphic จาก isomorphic RBC ได้แม่นยำ โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องแยกโรค glomerular จาก non-glomerular hematuria อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ใช้เวลานานและต้องอาศัยผู้ชำนาญการ จึงมัก

นำมาใช้เป็น gold standard ในการประเมินความถูกต้องของเครื่องตรวจอัตโนมัติ[2]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความแม่นยำ (accuracy) และความไว (sensitivity) ในการตรวจหาเม็ดเลือดแดงชนิด Dysmorphic ของเครื่องตรวจปัสสาวะอัตโนมัติรุ่น UriSed 3 Pro ซึ่งใช้หลักการวิเคราะห์ภาพถ่ายดิจิทัลจากกล้องจุลทรรศน์กับวิธีมาตรฐานที่ตรวจตะกอนด้วยกล้องจุลทรรศน์

2. เพื่อหาความสอดคล้องของทั้ง 2 วิธี เป็นการยืนยันว่าเครื่องตรวจตะกอนปัสสาวะอัตโนมัติสามารถนำมาใช้งานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่องานผู้ป่วยและแพทย์ที่ทำการรักษา

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ (Analytical comparative study) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการตรวจเม็ดเลือดแดงผิดรูปในปัสสาวะ (Dysmorphic red blood cells; DRBC) ระหว่างการตรวจด้วยเครื่องตรวจตะกอนปัสสาวะอัตโนมัติรุ่น UriSed 3 Pro กับวิธีมาตรฐานการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบ Manual microscopy ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์อ้างอิง (gold standard) การวิจัยดำเนินการกับสิ่งส่งตรวจปัสสาวะของผู้ป่วยที่ส่งตรวจ ณ ห้องปฏิบัติการจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 โดยคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และนำตัวอย่างเดียวกันมาตรวจวิเคราะห์ด้วยทั้งสองวิธีอย่างอิสระต่อกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ สิ่งส่งตรวจปัสสาวะของผู้ป่วยทุกรายที่ส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ สิ่งส่งตรวจปัสสาวะของผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามที่กำหนด โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากประชากรเป้าหมายจำนวนทั้งสิ้น 143 ตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) สิ่งส่งตรวจปัสสาวะของผู้ป่วยที่ส่งตรวจ ณ ห้องปฏิบัติการจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในช่วงเวลาที่กำหนด 2) ตัวอย่างปัสสาวะที่มีปริมาตรไม่น้อยกว่า 3 มิลลิลิตร 3) ตัวอย่างปัสสาวะที่ให้ผลตรวจทางเคมีของ Protein และ/หรือ Blood เป็นผลบวก จากการตรวจด้วยแถบตรวจ (urine dipstick) หรือพบเม็ดเลือดแดงจากการตรวจตะกอนด้วยเครื่อง UriSed 3 Pro

โดยมีเกณฑ์การคัดออก คือ ตัวอย่างปัสสาวะที่มีการปนเปื้อนอย่างชัดเจน เช่น ปนเปื้อนอุจจาระหรือสิ่งแปลกปลอมอื่นที่อาจรบกวนผลการตรวจ และมีปริมาตรไม่เพียงพอสำหรับการตรวจวิเคราะห์ด้วยทั้งสองวิธี

ตัวอย่างปัสสาวะที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจะถูกนำมาตรวจวิเคราะห์ด้วยเครื่องตรวจตะกอนปัสสาวะอัตโนมัติรุ่น UriSed 3 Pro และตรวจซ้ำด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบ Manual microscopy จากตัวอย่างเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบผลการตรวจและประเมินความสอดคล้องของทั้งสองวิธี

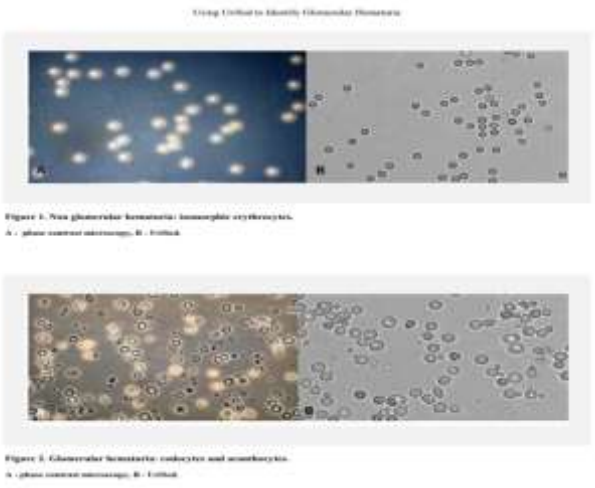
วัสดุและวิธีการ

1. เครื่องมือและหลักการทำงานของ UriSed 3 Pro เป็นเครื่องตรวจตะกอนปัสสาวะอัตโนมัติที่ใช้หลักการถ่ายภาพจุลทรรศน์แบบดิจิทัล (Digital Microscopy) โดยสามารถตรวจวิเคราะห์ตะกอนปัสสาวะได้จากภาพถ่ายที่ได้จากระบบกล้องถ่ายภาพ (Optical system) ของเครื่องสำหรับการตรวจแต่ละครั้ง เครื่องจะดูดปัสสาวะ 0.2 มิลลิลิตรเข้าสู่ cuvette ที่มีลักษณะจำเพาะ แล้วหมุนปั่นด้วยความเร็ว 2,000 รอบต่อนาที เป็นเวลา 10 นาที เพื่อให้ส่วนประกอบ

ในปัสสาวะตกตะกอนอยู่ในระนาบเดียวกัน จากนั้นระบบจะทำการถ่ายภาพจำนวน 15 ภาพ ซึ่งประกอบด้วยภาพในโหมด phase contrast และ bright-field microscopy ภาพที่ได้จะถูกส่งเข้าสู่ระบบ Auto Image Evaluation Module (AIEM) เพื่อทำการประมวลผลและจำแนกชนิดของอนุภาคในปัสสาวะ ได้แก่ red blood cell, white blood cell, squamous epithelial cell, nonsquamous epithelial cell, hyaline cast, pathological cast, crystal, bacteria, yeast, mucous, sperm, amorphous material, RBC ghost และ RBC-Aca flag[10,11,12] เครื่อง UriSed 3 Pro ทำงานร่วมกับเครื่อง LabUMat 2 เพื่อเชื่อมโยงผลการตรวจทางเคมีกับผลการตรวจตะกอน ทำให้สามารถรายงานผลแบบบูรณาการในระบบ LabUMat–UriSed Integrated Urinalysis System ซึ่งพัฒนาโดยบริษัท 77 Elektronika Kft[11,13]

2. การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบ Manual Microscopy ตัวอย่างปัสสาวะที่ให้ผลบวกต่อ Protein, Blood หรือพบเม็ดเลือดแดงผิดรูปจากการตรวจด้วยเครื่อง UriSed 3 Pro จะถูกนำมาปั่นเหวี่ยงด้วยเครื่องปั่นเหวี่ยง (centrifuge) ที่ความเร็ว 1,800 รอบต่อนาที เป็นเวลา 5 นาที จากนั้นเทน้ำใสส่วนบนทิ้งให้เหลือปริมาตร 1 มิลลิลิตร ผสมตะกอนที่เหลือให้เข้ากัน แล้วหยดลงบนแผ่นสไลด์เพื่อสังเกตด้วยกล้องจุลทรรศน์ การตรวจทำโดยใช้กำลังขยาย 10x (low power field; LPF) และ 40x (high power field; HPF) โดยเลื่อนดูอย่างน้อย 10 สนาม และรายงานผลการพบเม็ดเลือดแดงผิดรูป (Dysmorphic RBC; DRBC) ตามจำนวนที่สังเกตได้ต่อภาพ

3. การควบคุมคุณภาพของเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ ก่อนเริ่มการศึกษา ได้ทำการตรวจสอบความพร้อมของเครื่อง UriSed 3 Pro และ LabUMat 2 โดยประเมิน ความแม่นยำภายในรอบการทดสอบ (Within-run precision) และการปนเปื้อนระหว่างตัวอย่าง (Carry-over test) สำหรับการประเมินความแม่นยำภายในรอบ ใช้สารควบคุมคุณภาพ Biorad Liquichek Urinalysis Control ระดับที่ 1 (lot. 98031) และระดับที่ 2 (lot. 98032) ทำการทดสอบซ้ำระดับละ 20 ครั้งภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมง โดยผลต้องอยู่ภายในช่วงค่าที่กำหนด และมีค่าสัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (%CV) ไม่เกิน 15% ตามเกณฑ์ของ CLSI[2] สำหรับการทดสอบการปนเปื้อนระหว่างตัวอย่าง ใช้ตัวอย่างปัสสาวะที่มีค่าผิดปกติ (Abnormal pool sample) และสารละลายเกลือปกติ (Normal saline) ตรวจวิเคราะห์สลับลำดับ H1–H3 และ L1–L3 ตามมาตรฐาน โดยคำนวณค่าเปอร์เซ็นต์การปนเปื้อน (%Carry-over) จากสมการ %Carry-over = [(L1 - L3) / (H1 - L3)] × 100 โดยค่าที่ได้ต้องน้อยกว่า 0.5% ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพของผู้ผลิต ในทุกวันของการตรวจ ได้ทำการควบคุมคุณภาพก่อนการรายงานผลด้วยสารควบคุม Biorad Liquichek Urine ทั้งระดับ 1 (Normal) และระดับ 2 (Abnormal) เพื่อให้มั่นใจว่าผลการตรวจวิเคราะห์มีความเที่ยงและเชื่อถือได้ตามหลักการประกันคุณภาพของห้องปฏิบัติการวัสดุและวิธีการ



ภาพ 1 แสดงรูปร่างลักษณะของเม็ดเลือดแดงต่างๆ จากเครื่องUriSed 3 Pro

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การคัดเลือกสิ่งส่งตรวจและกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกตัวอย่างปัสสาวะที่มีปริมาตร ≥ 3 มิลลิลิตร และให้ผล Protein หรือ Blood เป็นบวก จากห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว รวม 143 ตัวอย่าง

2. การตรวจวิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติ UriSed 3 Pro ตรวจวิเคราะห์ตะกอนปัสสาวะด้วยเครื่องอัตโนมัติ UriSed 3 Pro และบันทึกผลการตรวจ Dysmorphic RBC และ acanthocyte flag

3. การตรวจยืนยันด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบ Manual Microscopy ตรวจยืนยันตัวอย่างที่ให้ผลบวกด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบ Manual microscopy ตามวิธีมาตรฐาน

4) บันทึก ตรวจสอบความถูกต้อง และเตรียมข้อมูลจากทั้งสองวิธีเพื่อการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลที่ได้จากการตรวจวิเคราะห์ด้วยเครื่อง UriSed 3 Pro และการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบ Manual microscopy ถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS Version 20การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็นสองส่วนหลัก ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้เพื่อสรุปลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอข้อมูลในรูปของค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; SD) รวมถึงค่ามัธยฐานและช่วงพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range; IQR) เพื่อแสดงการกระจายของข้อมูลในแต่ละตัวแปร

2. การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบและความสัมพันธ์ (Analytical Statistics) ใช้เพื่อประเมินระดับความสอดคล้อง (Agreement) ระหว่างผลการตรวจจากเครื่อง UriSed 3 Pro และผลจากการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบ Manual โดยใช้สถิติ Kappa Coefficient (**K**) ในการวัดค่าความสอดคล้อง ซึ่งแปลผลตามเกณฑ์ของ Landis และ Koch (1977) นอกจากนี้ ใช้สถิติ Paired Sample t-test เพื่อตรวจสอบความแตกต่างของผลการตรวจระหว่างสองวิธี หากมีความไม่สอดคล้องกัน รวมถึงใช้การวิเคราะห์สมรรถนะการตรวจวัดด้วย Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve และคำนวณค่าพื้นที่ใต้กราฟ (Area Under the Curve; AUC) เพื่อประเมินความสามารถในการจำแนกผลบวกและผลลบของเครื่องอัตโนมัติเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีมาตรฐาน โดยมีค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) กำหนดไว้ที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ตามเลขที่โครงการ S007b/68 ExPD เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2568 หมดอายุวันที่ 10 มีนาคม 2569 ประเภทการรับรอง Expedited review

ผลการวิจัย (Result)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (Baseline Characteristics) จากการศึกษาทั้งหมด จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม 143 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น 61.54% ขณะที่เพศชายคิดเป็น 38.46% โดยมีอายุเฉลี่ย 50.6 ± 21.4 ปี (ช่วงค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ IQR = 32–69 ปี) ค่าการตรวจทางเคมีของปัสสาวะพบว่า Protein ส่วนใหญ่ให้ผลในระดับ 1+ และ 3+ ใกล้เคียงกัน ส่วนผล Blood จากการตรวจด้วย dipstick พบมากที่สุดในระดับ 2+ (46.15%)จำนวนเม็ดเลือดแดงเฉลี่ยในปัสสาวะเท่ากับ 39 เซลล์/HPF ซึ่งมีค่าความแปรปรวนค่อนข้างสูง (SD ≈ 38) สะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายของระดับ Hematuria ในกลุ่มตัวอย่าง สำหรับผลการตรวจหาเม็ดเลือดแดงผิดรูป (Dysmorphic RBC; DRBC) พบว่าการตรวจด้วยเครื่อง UriSed 3 Pro ให้ผลบวกคิดเป็น 70.63% การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบ Manual microscopy ให้ผลบวกคิดเป็น 69.23% ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผลการตรวจจากทั้งสองวิธีมีความใกล้เคียงกัน

2. การประเมินความสอดคล้องของผลการตรวจ (Agreement Analysis) การวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องระหว่างผลการตรวจจากเครื่อง UriSed 3 Pro และกล้องจุลทรรศน์แบบ Manual พบว่ามีค่า Kappa coefficient (**K**) = 0.63 ซึ่งอยู่ในระดับ “ดี” ตามเกณฑ์การแปลผลของ Landis และ Koch (1977)[14]

3. สมรรถนะของเครื่อง UriSed 3 Pro ในการตรวจหา DRBC (Diagnostic Performance) จากการวิเคราะห์ ROC Curve พบว่า เครื่อง UriSed 3 Pro มีค่า Sensitivity มากกว่า 80% แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการตรวจพบเม็ดเลือดแดงผิดรูปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ค่า Specificity อยู่ในระดับปานกลาง ประมาณ 57% สะท้อนถึงความเป็นไปได้ในการเกิดผลบวกเทียมบางส่วน ค่าพื้นที่ใต้กราฟ (AUC) แสดงให้เห็นว่า เครื่อง UriSed 3 Pro มีศักยภาพในระดับที่น่าพึงพอใจในการจำแนกผลบวกและผลลบของการตรวจหา DRBC เมื่อเทียบกับวิธีมาตรฐานผลการศึกษา

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า เครื่อง UriSed 3 Pro มีความสอดคล้องในระดับที่ดีเมื่อเทียบกับการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบ Manual และมีศักยภาพเพียงพอสำหรับการใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นในห้องปฏิบัติการทางคลินิก

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 143)

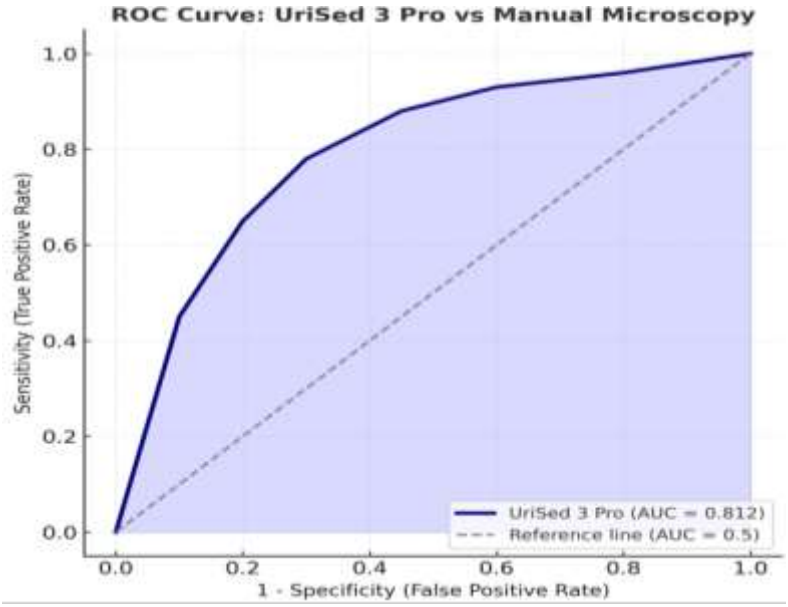
ตัวแปร	จำนวนตัวอย่าง (n)	ร้อยละ (%) / ค่าเฉลี่ย ± SD
เพศ		
- ชาย	55	38.46
- หญิง	88	61.54
อายุ (ปี)	-	50.58 ± 21.43 (ค่ามัธยฐาน 52 ; IQR 32–69)
Protein ในปัสสาวะ (dipstick)		
- Negative	30	20.98
- Trace	24	16.78
- 1+	32	22.38
- 2+	28	19.58
- 3+	29	20.28
Blood (Ery/µL) จากแถบตรวจ (dipstick)		
- Negative	3	2.10
- 1+	22	15.38
- 2+	66	46.15
- 3+	52	36.36
ปริมาณ RBC (cells/HPF)	-	ค่าเฉลี่ย 39.15 ± 38.18
ผลตรวจ DRBC Positive		
- UriSed 3 Pro Positive	101	70.63
- Microscopy Positive	99	69.23

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลการตรวจ Dysmorphic RBC ระหว่าง UriSed 3 Pro กับกล้องจุลทรรศน์ Manual Microscopy

ผลจาก UriSed 3 Pro	ผลจากกล้องจุลทรรศน์ Manual Microscopy Positive	ผลจากกล้องจุลทรรศน์ Manual Microscopy Negative	รวม (n)
Positive	82	19	101
Negative	17	25	42
รวม (n)	**99**	**44**	**143**

ตาราง 3 การเปรียบเทียบผลการตรวจ Dysmorphic RBC ระหว่าง UriSed 3 Pro และกล้องจุลทรรศน์ Manual Microscopy ด้วย Paired Sample t-test

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย ± SD (cells/HPF)	ค่า t	ค่า p-value	แปลผล
UriSed 3 Pro	39.15 ± 38.18	1.27	0.206	ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)
กล้องจุลทรรศน์ (Manual Microscopy)	36.82 ± 34.47			



ภาพ 2 การประเมินสมรรถนะของเครื่อง UriSed 3 Pro ในการตรวจเม็ดเลือดแดงชนิด Dysmorphic (DRBC) เมื่อเทียบกับ Manual Microscopy

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า เครื่อง UriSed 3 Pro มีความสอดคล้องในระดับ “ดี” เมื่อเปรียบเทียบกับการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบ Manual microscopy โดยมีค่า Kappa coefficient (**K**) = 0.63 ซึ่งอยู่ในระดับที่สอดคล้องกับเกณฑ์ของ Landis และ Koch ที่จัดอยู่ในช่วง “Substantial agreement”[12] สะท้อนให้เห็นว่าเครื่องอัตโนมัติรุ่นนี้สามารถประมวลผลและระบุเม็ดเลือดแดงผิดรูป (Dysmorphic RBC; DRBC) ได้ในระดับที่เชื่อถือได้ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานของ Enko et al.[15] ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพของการใช้สัญญาณแจ้งเตือน acanthocyte flag จากเครื่อง UriSed 3 Pro ในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยโรค Glomerular disease พบว่าเครื่องสามารถระบุผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังจำเป็นต้องยืนยันผลด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อความแม่นยำสูงสุด ในทำนองเดียวกัน Sae-Ung et al.[16] ได้รายงานผลในประเทศไทยว่า การพบ acanthocyturia ไม่ได้มีความจำเพาะต่อโรค Glomerular โดยตรง แต่ระบบแจ้งเตือนของเครื่อง UriSed 3 Pro ช่วยให้ผู้ตรวจสามารถระบุความผิดปกติได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของการศึกษาครั้งนี้ ขณะเดียวกันTomita et al (1992)[8] ได้อธิบายว่า การ

ตรวจพบ acanthocytes ≥ 5% มีค่าความจำเพาะสูงกว่า 95% ต่อการบ่งชี้ Glomerular origin ซึ่งสนับสนุนแนวคิดที่ว่าการตรวจรูปร่างเม็ดเลือดแดงมีความสำคัญต่อการจำแนกภาวะ Hematuria ทางคลินิก นอกจากนี้ Hrubi M.[11,13] ได้อธิบายว่า ระบบถ่ายภาพอัตโนมัติของเครื่อง UriSed 3 Pro ใช้การประมวลผลภาพจากทั้ง phase contrast และ bright-field microscopy รวมจำนวน 15 ภาพต่อการตรวจหนึ่งตัวอย่าง ทำให้สามารถจำแนกองค์ประกอบในปัสสาวะได้อย่างแม่นยำ ซึ่งเป็นกลไกพื้นฐานที่สนับสนุนผลของการศึกษาครั้งนี้ว่าระบบ Auto Image Evaluation Module (AIEM)[11,13] ของเครื่องมีศักยภาพในการจำแนก DRBC ได้อย่างถูกต้อง เมื่อเปรียบเทียบกับงานของ Ouima et al.[15] ซึ่งศึกษาความสอดคล้องของเครื่องตรวจตะกอนปัสสาวะอัตโนมัติ 3 รุ่น (Flow Cytometry และ Digital Image-based) พบว่าระดับความสอดคล้องกับการตรวจแบบ Manual อยู่ในช่วง **K** = 0.083–0.759 ผลการศึกษานี้ซึ่งได้ค่า **K** = 0.63 จึงจัดอยู่ในระดับ “ดี” เช่นเดียวกับเครื่องอัตโนมัติชั้นนำอื่น ๆ ที่มีรายงานในต่างประเทศ Fungpia et al.[14,17] รายงานเพิ่มเติมว่าการใช้เครื่อง UF-5000 ในการตรวจวิเคราะห์เม็ดเลือดแดงผิดรูป สามารถสร้างกราฟ ROC curve เพื่อประเมินสมรรถนะของการตรวจหา DRBC โดยให้ค่า AUC สูงกว่า 0.80 ซึ่งสอดคล้องกับผลของการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าเครื่อง UriSed 3 Pro มีค่า Sensitivity สูงกว่า 80% และ AUC อยู่ในระดับที่น่าพึงพอใจ ผลดังกล่าวยังเป็นไปในทิศทางเดียวกับรายงานของ Dietmar Enko et al.[18] ซึ่งเปรียบเทียบสมรรถนะของเครื่องอัตโนมัติหลายรุ่น ได้แก่ UF-5000 และ Cobas u701 พบว่าทั้งสองระบบมีแนวโน้มให้ผลบวกเทียมบางส่วนเช่นเดียวกับเครื่อง UriSed 3 Pro ซึ่งอธิบายถึงค่า Specificity ที่อยู่ในระดับปานกลางของการศึกษาครั้งนี้ ในมิติของการวิเคราะห์ภาพ Fogazzi et al. และแนวทางของ CLSI GP16-A3[2,19] ยืนยันว่าการประเมินลักษณะเม็ดเลือดแดงผิดรูปยังคงเป็นการตรวจที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของผู้ตรวจและควรใช้ร่วมกับการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อยืนยันผล

โดยสรุป การศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่าการใช้เครื่อง UriSed 3 Pro ในการตรวจวิเคราะห์ DRBC มีความแม่นยำและความสอดคล้องในระดับที่ดี สามารถใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพในห้องปฏิบัติการทางคลินิก ทั้งนี้ การยืนยันผลด้วยกล้องจุลทรรศน์โดยผู้เชี่ยวชาญยังคงมีความจำเป็นในกรณีที่ภาพมีความซับซ้อนหรือผลการวิเคราะห์ไม่ชัดเจน

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า เครื่องตรวจตะกอนปัสสาวะอัตโนมัติ UriSed 3 Pro มีความสามารถในการตรวจหาเม็ดเลือดแดงผิดรูป (Dysmorphic RBC; DRBC) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผลการตรวจที่มีความสอดคล้องในระดับ “ดี” กับการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบ Manual microscopy โดยมีค่า Kappa coefficient (**K**) = 0.63 ซึ่งจัดอยู่ในระดับ Substantial agreement ตามเกณฑ์ของ Landis และ Koch[14] เครื่อง UriSed 3 Pro แสดงให้เห็นถึง ค่า Sensitivity มากกว่า 80% และมีค่า Specificity อยู่ในระดับปานกลาง (~57%) แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นสำหรับการตรวจหาเม็ดเลือดแดงผิดรูปในปัสสาวะ ทั้งนี้ การยืนยันผลด้วยกล้องจุลทรรศน์โดยผู้เชี่ยวชาญยังคงมีความจำเป็นในกรณีที่พบลักษณะเม็ดเลือดแดงที่ซับซ้อนหรือผลการวิเคราะห์ไม่ชัดเจน

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานของ Garigali และ Fogazzi[8] ซึ่งระบุว่าการตรวจพบ acanthocytes ≥ 5% มีค่าความจำเพาะสูงต่อภาวะ Glomerular hematuria และยังสอดคล้องกับ Becker et al.[4] ที่รายงานว่าการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบ Phase Contrast มีความไวสูงถึง 90% ในการระบุ Glomerular origin ซึ่งยืนยันความสำคัญของการตรวจ DRBC ในการประเมินแหล่งที่มาของภาวะเลือดออกในทางเดินปัสสาวะ จากผลการศึกษานี้ สามารถสรุปได้ว่า UriSed 3 Pro เป็นเครื่องตรวจที่มีศักยภาพในการใช้งานในห้องปฏิบัติการทางคลินิกสำหรับการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ Glomerular hematuria ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ควรใช้ร่วมกับการตรวจยืนยันโดย

กล้องจุลทรรศน์เพื่อเพิ่มความถูกต้องของการวินิจฉัยทางคลินิก

การใช้เครื่อง UriSed 3 Pro ในการตรวจหาเม็ดเลือดแดงผิดรูป (DRBC) มีศักยภาพสูงในการคัดกรองภาวะ Glomerular hematuria ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างมีระบบ แต่การตรวจยืนยันด้วยกล้องจุลทรรศน์ยังคงมีความจำเป็นเพื่อเพิ่มความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ในเชิงพยาธิสภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

เครื่อง UriSed 3 Pro สามารถใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นในห้องปฏิบัติการที่มีปริมาณตัวอย่างมาก เพื่อช่วยลดเวลาและภาระงานของผู้ตรวจ โดยเฉพาะในกรณีที่พบสัญญาณ acanthocyte flag ควรพิจารณาตรวจยืนยันด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบ Manual microscopy เพื่อความแม่นยำสูงสุด ห้องปฏิบัติการที่นำเครื่อง UriSed 3 Pro มาใช้งาน ควรปฏิบัติตามมาตรฐาน ISO 15189:202214 และแนวทางของ CLSI GP16-A3 (2010)[2] เพื่อให้มั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพเที่ยงตรง และสามารถเทียบเคียงได้กับวิธีมาตรฐานสากล

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1. เพื่อเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มผู้ป่วยและเสริมความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา แนะนำให้ทำการศึกษาในหลายระดับบริการ (multicenter study) ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลไปใช้ในบริบทของระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรนำผลการวินิจฉัยทางคลินิก เช่น โรค glomerulonephritis หรือผลการตรวจยืนยันอื่น ๆ มาวิเคราะห์ร่วม เพื่อประเมินคุณค่าทางคลินิกของการใช้ผลจากเครื่อง UriSed 3 Pro ในการสนับสนุนการตัดสินใจรักษา

3. แนะนำให้ศึกษาความแม่นยำของ acanthocyte flag โดยการจำแนกชนิด Dysmorphic RBC อย่างละเอียด และเปรียบเทียบกับการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์แบบ phase contrast เพื่อเพิ่มความจำเพาะและลดผลบวกเทียมของระบบอัตโนมัติ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณ คณะผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จังหวัดสระแก้ว ที่เอื้อเฟื้อสถานที่และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทุกด้านตลอดระยะเวลาการทำวิจัยนี้ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญและคณาจารย์ที่ปรึกษา จากกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ที่ได้ให้คำแนะนำเสนอแนะแนวทางการวิจัย และตรวจสอบความถูกต้องของบทความอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.Preechaborisutkul B, Supokawej A.(2025). Urine. 1st ed. Bangkok: Department of Clinical Microscopy, Faculty of Medical Technology, Mahidol University. In Thai.

2.Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI).(2009). Urinalysis; approved guideline. 3rd ed. CLSI document GP16-A3. Wayne (PA): CLSI.

3.Fairley KF, Birch DF.(1982). Hematuria: a simple method for identifying glomerular bleeding. Kidney Int. 1982;21:105–108.

4.Becker GJ, Garigali G, Fogazzi GB.(2016). Advances in urine microscopy. Am J Kidney Dis. 2016;68(6):954–64.

5.Ito CA, Pecoits-Filho R, Bail L, Wosiack MA, Afinovicz D, Hauser AB.(2011). Comparative analysis of two methodologies for the identification of urinary red blood cell casts. J Bras Nefrol. 2011;33(4):402–7.

6.Smerville JA, Maxted WC, Pahira JJ.(2005). Urinalysis: a comprehensive review. Am Fam Physician. 2005;71(6):1153–1162.

7.Fogazzi GB.(2010). The urinary sediment: an integrated view. Kidney Int. 2010;78:1223–1231.

8.Tomita M, Kitamoto Y, Nakayama M, Sato T.(1992). A new morphological classification of urinary erythrocytes for differential diagnosis of glomerular hematuria. Clin Nephrol. 1992 Feb;37(2):84-9.

9.Köhler H, Wandel E, Brunck B.(1991). Acanthocyturia — a characteristic marker for glomerular bleeding. Kidney Int. 1991 Jul;40(1):115–20. doi:10.1038/ki.1991.188.

10.Jintasuthanon P, Khejnont V, Opasikattikul N, Chinswangwatanakul W, Gongteyai V.(2017). Evaluation of the performance of the automated urine sediment analyzer “UriSed” compared with the manual method. Clin Lab. 2017;63(2):213–20.

11.77 Elektronika Kft.(2020). LabUMat 2 and UriSed 3 Pro: integrated urinalysis system. Budapest: 77 Elektronika Kft; 2020. Available from: https://www.e77.hu

12.Landis JR, Koch GG.(1977). The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33(1):159–174.

13.Hrubi M.(2011). Urised 3 fully automated urine sediment analyzer: user manual. Budapest: 77 Elektronika Kft; 2011.

14.International Organization for Standardization.(2022). ISO 15189:2022: medical laboratories—requirements for quality and competence. Geneva: ISO; 2022.

15.Ouima B, Kunakorn M, Khositnitthikul R, Kongasa S, Phundhusuwannakul S, Songngam S. (2022). A comparative study of automated urine sediment analyzers using flow cytometry and digital image-based systems with manual microscopic examination. J Med Tech Assoc Thailand. 2022;50(3):1–12.

16.Sae-Ung N, Srisukkho P, Archwichaiudom S, Sairos K, Jungtrakuld Y, Anutrakulchai S; CKDNET Group.(2019). Advantage of acanthocyte flag message of UriSed 3 Pro automated microscopy urine analyzer. Clin Chim Acta. 2019;493(Suppl 1):S476. doi:10.1016/j.cca.2019.03.1005.

17.Fungpia N, Kunakorn M, Uamkhyan A, Khositnitthikul R, Songngam S, Ouima B, et al.(2022). Comparison of red blood cell examination methodologies. Journal of Medical Technology Association of Thailand. 2022;50(3):1–15.

18.Enko D, Stelzer I, Böckl M, Derler B, Schnedl WJ, Anderssohn P, et al.(2019). Comparison of the diagnostic performance of two automated urine sediment analyzers with manual phase-contrast microscopy. Clin Chem Lab Med. 2020;58(3):417–24. doi:10.1515/cclm-2019-0919.

19.De Santo NG, Nuzzi F, Capodicasa G, Lama G, Caputo G, Rosati P, Giordano C.(1987). Phase contrast microscopy of the urine sediment for the diagnosis of glomerular and nonglomerular bleeding: data in children and adults with normal creatinine clearance. Nephron. 1987;45(1):35–39. doi:10.1159/000184068.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพนักงานให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอย สังกัดเทศบาลเมืองท่าโขลง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

Factors Related to Work Performance Effectiveness of Solid Waste Collection Service Workers under Tha Khlong Municipality, Khlong Luang District, Pathum Thani Province.

(Received: January 6,2026 ; Revised: January 13,2026 ; Accepted: January 16,2026)

จิดาภา พรมโลก[1] วัชราภรณ์ ฉุนแสนดี[2]
Jidapa Promlok[1] Vatcharaporn Chunsandee[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey Research by Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านความเหนื่อยล้า ประสิทธิผลการปฏิบัติงาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพนักงานให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอย สังกัดเทศบาลเมืองท่าโขลง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ประชากรที่ศึกษาพนักงานให้บริการจัดเก็บขยะมูล สังกัดเทศบาลเมืองท่าโขลง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 144 คน เลือกแบบเจาะจงจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-Square สถิติ Fisher's Exact Test และสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยปัจจัยด้านการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย (μ = 2.92 α = 1.17) ขณะที่ปัจจัยด้านความเหนื่อยล้า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.00 และปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ จำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์ จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน ประสบการณ์ทำงานและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานรวมถึงปัจจัยด้านความเหนื่อยล้าความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ความเหนื่อยล้า ประสิทธิผลการปฏิบัติงาน พนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ภาวะหมดไฟ

Abstract

This Survey Research by Cross-sectional study aimed to examine work-related factors, fatigue-related factors, work performance effectiveness, and factors associated with work performance effectiveness among municipal solid waste collection workers employed by Tha Khlong Municipality, Khlong Luang District, Pathum Thani Province. The study population consisted of 144 municipal solid waste collection workers, of whom 20 participants were selected using purposive sampling. The research instrument was a structured questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation, as well as Chi-square test, Fisher's Exact Test, and Spearman's rank correlation coefficient.

The results showed that the mean level of work-related factors was moderate (μ = 2.92, SD = 1.17). Fatigue-related factors were predominantly at a moderate level, accounting for 41.0% of the participants. Personal factors, including sex, number of working days per week, number of working hours per day, work experience, and alcohol consumption behavior, as well as work-related and fatigue-related factors, were found to be significantly associated with work performance effectiveness at the 0.05 level.

keyword: Fatigue, Operational effectiveness, Solid Waste Collection Workers, Burnout

[1] นักศึกษา หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
[2] ปร.ด. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
Corresponding Author: Jidapa Promlok; E-mail: Jidapa.promlok13@gmail.com

บทนำ

สังคมในยุคที่การเติบโตของประชากร การขยายตัวของชุมชน และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและเศรษฐกิจมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2566 ขยะมูลฝอยได้กลายเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่สำคัญของประเทศไทย ประเทศไทยมีปริมาณขยะมูลฝอยประมาณ 26.95 ตันต่อวัน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 ถึงร้อยละ 5 และเพิ่มขึ้นจากปี 2564 ถึงร้อยละ 7 ส่งผลให้การจัดการขยะมีความซับซ้อนและยากต่อการควบคุมมากยิ่งขึ้น มีมูลฝอยตกค้างอยู่จำนวนมากในแต่ละวัน และจังหวัดปทุมธานีเป็นหนึ่งในหกจังหวัดที่มีปัญหาขยะตกค้างในระดับสูง โดยเฉพาะในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองท่าโขลง อำเภอคลองหลวง ซึ่งถือเป็นพื้นที่เศรษฐกิจสำคัญที่มีทั้งนิคมอุตสาหกรรมนวนคร ตลาดไท มหาวิทยาลัยชั้นนำ และศูนย์กลางด้านการค้าและการขนส่งของภูมิภาค[1]

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นหน่วยงานภาครัฐที่จัดตั้งขึ้นตามหลักการกระจายอำนาจ (Decentralization) โดยมีสถานะเป็นนิติบุคคล มีอำนาจบริหารจัดการงานภายในพื้นที่อย่างอิสระ ทั้งด้านงบประมาณ รายได้ และการจัดบริการสาธารณะ โดยมีผู้บริหารที่มาจากการเลือกตั้งของประชาชนในท้องถิ่น ทำให้ อปท. สามารถดำเนินภารกิจได้ตรงตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่มากยิ่งขึ้น หนึ่งในภารกิจสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ การจัดเก็บและกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ซึ่งถือเป็นหัวใจของการรักษาสุขอนามัย ความเป็นระเบียบเรียบร้อย และคุณภาพชีวิตของชุมชน อปท. ต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับหลักสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่การเก็บขน คัดแยก ไปจนถึงการกำจัดขยะอย่างเหมาะสม ซึ่งภารกิจนี้มีความท้าทายสูงในยุคที่ปริมาณขยะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมและการกำจัดขยะทำให้เทศบาลซึ่งเป็นหนึ่งในประเภทของ อปท. มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการปัญหาขยะในพื้นที่ และต้องมีระบบบริหารจัดการภายในที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการจัดการขยะ ซึ่งเป็นปัญหาที่เชื่อมโยงทั้งด้านสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตของประชาชนในท้องถิ่นโดยตรง[2]

จังหวัดปทุมธานีเป็นหนึ่งในหกจังหวัดที่มีปัญหาขยะตกค้างในระดับสูง โดยเฉพาะในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองท่าโขลง อำเภอคลองหลวง ซึ่งถือเป็นพื้นที่เศรษฐกิจสำคัญที่มีทั้งนิคมอุตสาหกรรมนวนคร ตลาดไท มหาวิทยาลัยชั้นนำ และศูนย์กลางด้านการค้าและการขนส่งของภูมิภาค ด้วยจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์มากกว่า 74,000 คน และประชากรแฝงอีกกว่า 200,000 คน เทศบาลเมืองท่าโขลงจึงต้องเผชิญกับปริมาณขยะมูลฝอยเฉลี่ยกว่า 156 ตันต่อวัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] การจัดเก็บและกำจัดขยะให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลจึงเป็นภารกิจที่มีความสำคัญยิ่งของ อปท. โดยเฉพาะในภารกิจด้านการดูแลสิ่งแวดล้อม การจัดการขยะอย่างเหมาะสมต้องอาศัยบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญ ได้แก่ พนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ซึ่งถือเป็นกลุ่มแรงงานด่านหน้าในการรักษาความสะอาดของชุมชน ปัจจุบันพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอยกลับหายากมากขึ้นเรื่อย ๆ เพราะเป็นอาชีพที่ประสบกับความท้าทายหลายประการ ทั้งจากลักษณะงานที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ อาทิ การสัมผัสขยะ สารพิษ และสารเคมีต่าง ๆ รวมถึงต้องทำงานในสภาพแวดล้อมที่หนักและเสี่ยงต่อโรคติดต่อ นอกจากนี้ ค่านิยมทางสังคมที่มองว่าอาชีพนี้เป็นงานที่ต่ำต้อย ยังส่งผลต่อทัศนคติของบุคลากรบางส่วน ทำให้เกิดความรู้สึกด้อยค่า ขาดแรงจูงใจ และขาดความใส่ใจในงาน จนนำไปสู่ปัญหาการเก็บขยะที่ล่าช้า ขยะตกค้าง และข้อร้องเรียนจากประชาชนในพื้นที่ อันก่อให้เกิดของปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมปัญหาด้านสุขอนามัยของประชาชน และความไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยภายในชุมชน เพื่อให้การจัดเก็บขยะมูลฝอยของเทศบาลเมืองท่าโขลงเป็นไปอย่างมีประสิทธิผล สอดคล้องกับเป้าหมายการให้บริการสาธารณะ และตอบสนองความต้องการของ

ประชาชน อย่างแท้จริง[3] จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลในการปฏิบัติงานของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ความสามารถในการปฏิบัติงาน และระดับความเหนื่อยล้าของบุคลากร ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อคุณภาพในการให้บริการสาธารณะ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านความเหนื่อยล้า และประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพนักงานให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอย สังกัดเมืองท่าโขลง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านความเหนื่อยล้า กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพนักงานให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอย สังกัดเทศบาลเมืองท่าโขลง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง Survey Research by Cross-sectional study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ พนักงานให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอย ทั้งเพศชายและหญิง ที่ปฏิบัติงานอยู่ภายใต้สังกัดเทศบาลเมืองท่าโขลง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 144 คน

เกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอยมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ภาวะการรับรู้ที่ผิดปกติ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด 3) พนักงานที่อยู่อยู่ระหว่างการลาหรือพักงานเป็นเวลานาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, ประเภทตำแหน่ง, ประสบการณ์ทำงาน, รายได้รวมต่อเดือน, โรคประจำตัว, การดื่มแอลกอฮอล์,การนอนหลับ, จำนวนวันและชั่วโมงการทำงาน และสวัสดิภาพและความปลอดภัยในการทำงาน เป็นแบบสอบถามให้เลือกเลือกตอบ(Check list) และเติมข้อความ (Open ended)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ ด้านภาระงาน ด้านสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน ด้านการบริหารงานในหน่วยงาน และด้านความต้องการความก้าวหน้า เป็นแบบเลือกตอบ แบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามใช้แบบวัดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและเรียบเรียงมาจาก แบบวัด Maslach Burnout Inventory (MBI) โดย สิระยา สัมมาวาจา (2532)[4] ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Likert Scale 7 ระดับ คือ ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย มีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้งมีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และ มีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆวันโดยกำหนดคะแนน 0 – 7 คะแนน ซึ่งกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

ส่วนที่ 4 ประสิทธิผลจากการปฏิบัติงานของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย โดยผู้ควบคุมงานเป็นผู้ตอบ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย ประสิทธิผลความสำเร็จตามแผนการปฏิบัติงาน ประสิทธิผลความสำเร็จตามคุณภาพงาน และประสิทธิผล

ความสำเร็จตามความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ปฏิบัติงานได้สำเร็จ/เป็นไปตามเกณฑ์ ให้ 1 คะแนน และปฏิบัติงานไม่สำเร็จ/ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ให้ 0 คะแนน

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำโดยโปรแกรมและแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องครั้งนี้ได้เท่ากับ 0.5 – 1.00 และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้การวิเคราะห์สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของ (Cronbach's coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยปทุมธานี ผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือถึงนายกเทศมนตรีตำบลท่าโขลง ประกอบด้วย หนังสือแนะนำตัวผู้วิจัย วัตถุประสงค์ ในการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขั้นตอนการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือจากผู้ร่วมวิจัย โดยลงนามในใบยินยอม การเข้าร่วมวิจัย การยินยอมเพียงฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งผู้วิจัยจะไม่นำมาเข้าร่วมโครงการวิจัย และการดำเนินการวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีข้อบังคับใด ๆ จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการอธิบายลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของประชากร ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, ประเภทตำแหน่ง, ประสบการณ์ทำงาน, รายได้รวมต่อเดือน, โรคประจำตัว, การดื่มแอลกอฮอล์,การนอนหลับ, จำนวนวันและชั่วโมงการทำงาน และสวัสดิภาพและความปลอดภัยในการทำงานนำเสนอข้อมูลด้วย จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics ได้แก่ สถิติ Chi-Square และสถิติ Spearman's Rank Correlation Coefficient สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย โดยการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วย ลงชื่อในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยปทุมธานี

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า พนักงานให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอย สังกัดเทศบาลเมืองท่าโขลง ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 88.2 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 43.1 สถานภาพสมรส ร้อยละ63.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.3 มีตำแหน่งเป็นพนักงานจ้างตามภารกิจ ร้อยละ 50.7 ประสบการณ์ทำงาน อยู่ระหว่าง 6-10 ปี และ 11 – 19 ปี เท่ากันที่ ร้อยละ24.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 99.3 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.0 อาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ส่วนมากพบอาการปวดหลัง/ไหล่ ร้อยละ 57.6

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนมากดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราว (ในช่วงเทศกาล) ร้อยละ 41.7 และปริมาณการดื่มต่อครั้งเพียงเล็กน้อย 4-8 แก้ว ร้อยละ 41.8 พฤติกรรมการนอนหลับ พบว่าส่วนใหญ่นอนหลับ 4-6 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 59.0

และมีชั่วโมงทำงานเฉลี่ย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 72.2 และทำงานเฉลี่ย 6 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 77.7

ด้านสวัสดิภาพและความปลอดภัยในการทำงาน พบว่า ส่วนมากรับรู้ว่าหน่วยงานมีการทำประกันอุบัติเหตุ ร้อยละ 95.8 ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 89.6 และเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ร้อยละ 93.1 ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก (μ = 3.92 α = 0.05) ขณะที่รายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการบริหารงานในหน่วยงาน (μ = 4.15 α = 0.06) รองลงมา ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (μ = 4.14 α = 0.04) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านสภาพแวดล้อมสถานที่ปฏิบัติงาน (μ = 3.55 α = 0.06) จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับความเหนื่อยล้าทางกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 41.0 ขณะที่ความเหนื่อยล้าทางใจส่วนมากอยู่ในระดับสูง จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 86.8 และความเหนื่อยล้าสะสม/หมดไฟ ส่วนมากอยู่ในระดับสูง จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 92.4

ด้านประสิทธิผลการปฏิบัติงาน พบว่า ภาพรวมประสิทธิผลการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ยรวม ร้อยละ ที่สำเร็จเท่ากับ 51.33 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ความสำเร็จตามแผนการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยรวม ร้อยละที่สำเร็จเท่ากับ 37.5 ขณะที่ คุณภาพงานมีค่าเฉลี่ยรวมร้อยละที่สำเร็จเท่ากับ 55.8 และความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีค่าเฉลี่ยรวมร้อยละที่สำเร็จเท่ากับ 59.7

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน (N = 144)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ประสิทธิผลการปฏิบัติงาน			X^2	*p*-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
เพศ					
ชาย	82 (64.6)	13 (10.2)	32 (25.2)	19.813 [a]	<0.01**
หญิง	2 (11.8)	2 (11.8)	13 (76.5)		
อายุ				3.109[a]	0.540
น้อยกว่า 40 ปี	24 (70.6)	2 (5.9)	8 (23.5)		
41 – 50 ปี	33 (53.2)	7 (11.3)	22 (35.5)		
มากกว่า 50 ปี	27 (56.3)	6 (12.5)	15 (31.3)		
สถานภาพสมรส					
โสด	27 (64.3)	15 (35.7)	-	2.304[a]	0.316
สมรส	49 (53.8)	42 (46.2)			
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	8 (72.7)	3 (27.3)			
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	33 (56.9)	9 (15.5)	16 (27.6)	7.835[a]	0.098
มัธยมศึกษาตอนต้น	36 (63.2)	1 (1.8)	20 (35.1)		
ปวช./มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	15 (51.7)	5 (17.2)	9 (31.0)		
ประเภทตำแหน่งงาน					
พนักงานจ้างทั่วไป	45 (63.4)	8 (11.3)	18 (25.4)	2.268[a]	0.322
พนักงานจ้างตามภารกิจ	39 (53.4)	7 (9.6)	27 (37.0)		
ประสบการณ์ทำงาน			-		
น้อยกว่า 1 ปี	6 (50.0)	6 (50.0)		5.594[a]	0.133
1 – 10 ปี	46 (52.3)	42 (47.7)			
11 - 20 ปี	26 (74.3)	9 (25.7)			

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน (N = 144)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ประสิทธิผลการปฏิบัติงาน			X^2	*p*-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
20 ปีขึ้นไป	6 (66.7)	3 (33.3)			
รายได้ต่อเดือน			-		
ไม่เกิน 10,000 **บาท**	1 (100.0)	0 (0.00)		0.719[b]	0.583
10,001 – 20,000 **บาท**	83 (58.0)	60 (42.0)			
โรคประจำตัว					
มี	58 (56.9)	11 (10.8)	33 (32.4)	0.311[a]	0.856
ไม่มี	26 (61.9)	4 (9.5)	12 (28.6)		
อาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน			-		
ข้อ หรือกล้ามเนื้ออักเสบ	19 (70.4)	8 (29.6)		2.590[a]	0.274
ปวดหลัง/ไหล่	48 (57.8)	35 (42.2)			
ไม่มีอาการ	17 (50.0)	17 (50.0)			
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
ไม่ดื่มเลย	14 (42.4)	6 (18.2)	13 (39.4)	12.375[a]	0.015*
นาน ๆ ครั้ง (เช่นในงานเทศกาล)	31 (51.7)	6 (10.0)	23 (38.3)		
มากกว่า 1 ครั้งต่อเดือน	39 (76.5)	3 (5.9)	9 (17.6)		
การนอนหลับ (ชั่วโมงต่อวัน)					
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	58 (67.4)	9 (10.5)	19 (22.1)	8.766[a]	0.012*
มากกว่า 6 ชั่วโมง	26 (44.8)	6 (10.3)	26 (44.8)		
วันทำงานเฉลี่ย(วันต่อสัปดาห์)					
น้อยกว่า 5 วัน	3 (12.5)	4 (16.7)	17 (70.8)	25.891[a]	<0.01**
มากกว่า 5 วัน	81 (67.5)	11 (9.2)	28 (23.3)		
ชั่วโมงทำงานเฉลี่ย(ชั่วโมงต่อวัน)	11 (28.2)	9 (23.1)	19 (48.7)		
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	73 (69/5)	6 (5.7)	26 (24.8)	21.775[a]	<0.01**
มากกว่า 6 ชั่วโมง					

[a] Chi – Square Test [b] Fisher's Exact Test

*P – value < 0.05 ** P – value < 0.01

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการนอนหลับ มีความสัมพันธ์กับกับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในขณะที่เพศ จำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์ และจำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน มีความสัมพันธ์กับกับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านความเหนื่อยล้า กับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน (N = 144)

ปัจจัย	ρ	*P* – value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน	0.321	<0.01*	ต่ำ
ปัจจัยด้านความเหนื่อยล้า	0.188	0.024*	ต่ำมาก

*P – value < 0.05 (ระดับความสัมพันธ์ Bartz, 1999 อ้างถึงในพันธะกานต์ ยืนยง และคณะ, 2567)5

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (ρ=0.321) กับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และปัจจัยด้านความ

เหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก (ρ=0.188) กับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

พนักงานเพศหญิงมีประสิทธิผลการปฏิบัติงานสูงกว่าเพศชาย แม้ว่าจะมีจำนวนน้อยในสายงานนี้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะงานการเก็บขยะที่ต้องการความละเอียดรอบคอบ ความสะอาดและความรับผิดชอบสูง สอดคล้องกับคุณลักษณะที่มักพบในเพศหญิง ซึ่งนำไปสู่ความพึงพอใจและส่งผลบวกต่อการปฏิบัติงานตามแนวคิดของ Arnold and Feldman[6] เนื่องจากอาจมีแรงจูงใจที่ชัดเจน เช่น ความต้องการมีงานทำที่มั่นคงเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว ซึ่งทำให้พวกเขามีความมุ่งมั่นในการทำงานให้ประสบความสำเร็จมากกว่า แม้ผลการวิจัยนี้จะแตกต่างจากการศึกษาวิจัยของวชิรวัชร งามละม่อม[7] ที่ไม่พบความแตกต่างด้านความสามารถระหว่างเพศ แต่อาจเกิดจาก บริบทของงานที่แตกต่างกันตามลักษณะเฉพาะของแต่ละเพศมีผลต่อประสิทธิผลการทำงานมากกว่างานประเภทอื่น

จำนวนวันและชั่วโมงการทำงานกับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะยิ่งพนักงานทำงานมากวันและมากชั่วโมง ประสิทธิผลในการทำงานยิ่งลดลง สอดคล้องกับองค์การแรงงานระหว่างประเทศ[8] ที่อธิบายว่าการจัดสรรเวลาทำงานที่เหมาะสมจะช่วยลดความเมื่อยล้าสะสมและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานได้ การทำงานหนักและยาวนานอย่างต่อเนื่องนี้ อาจนำไปสู่ ภาวะความเหนื่อยล้าเรื้อรังตามแนวคิดของ Piper (1993)[9] ซึ่งเป็นภาวะเหนื่อยล้าผิดปกติที่ไม่สามารถหายได้ด้วยการพักผ่อนทั่วไป และส่งผลกระทบโดยตรงต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของงาน

ประสบการณ์ทำงานกับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มพนักงานที่มีประสบการณ์ทำงาน 1-2 ปี ยังมีพลังและความกระตือรือร้นในช่วงแรก สอดคล้องกับความต้องการที่จะประสบความสำเร็จ[10] และในกลุ่มพนักงานที่มีประสบการณ์ทำงาน 6-10 ปี เป็นกลุ่มที่มีความชำนาญและยังคงมีแรงจูงใจ พวกเขาอาจได้รับการยอมรับและความรู้สึกสำเร็จในงาน ซึ่งทำหน้าที่เป็นปัจจัยจูงใจตามทฤษฎีของHerzberg et al. (1959)[11] ในขณะที่กลุ่มที่มีประสบการณ์ 3-5 ปี กลับมีประสิทธิผลที่ต่ำกว่า อาจเป็นไปได้ว่า ความกระตือรือร้นเริ่มลดลง แต่ยังไม่ได้รับโอกาสก้าวหน้าหรือการยอมรับ ภาวะนี้สอดคล้องกับสาเหตุของความเหนื่อยหน่าย[12]การเผชิญความซ้ำซากจำเจโดยไม่ได้รับการตอบสนองด้านรางวัลหรือการพัฒนาที่เพียงพอ

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน พบว่า พนักงานที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลยมีประสิทธิผลการปฏิบัติงานสูงกว่าพนักงานที่ดื่ม 1-4 ครั้งต่อเดือน และดื่มมากกว่า 4 ครั้ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลลบต่อสมรรถภาพร่างกาย โดยเฉพาะการดื่มเป็นประจำที่อาจลดคุณภาพการนอนหลับ[13] แม้ผลการวิจัยนี้แตกต่างจากการศึกษาของ สลิลรัตน์ นิตรมร[3] ที่พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์อาจช่วยรับมือความเครียดและส่งผลดีต่อมิติจิตใจ แต่งานวิจัยนี้ซึ่งวัดประสิทธิผลการปฏิบัติงานจริงกลับพบว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มมีประสิทธิผลสูงกว่า ซึ่งส่งผลดีต่อสมรรถภาพในการทำงานโดยตรง

ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน อาจเป็นเพราะความสัมพันธ์ที่ดีในองค์กรส่งผลต่อประสิทธิผลการทำงานสอดคล้องอย่างชัดเจนกับทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ที่เน้นว่าพนักงานมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานจะช่วยสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดี ลดความเครียด และเพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน ความไว้เนื้อเชื่อใจ ตามแนวคิดของ Rudolf H. Moos (1974)[14] และทฤษฎีของ Herzberg et al. (1959)[11] ซึ่งช่วยขจัดความไม่พึงพอใจ ปัจจัยนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในงานที่ต้องอาศัยทีมเวิร์ค ดังที่พลภัทร สถาปนไชย[15] ได้ชี้ให้เห็นเช่นกันว่าพนักงานเก็บขยะมีความพึงพอใจในการทำงานระดับมากในด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในองค์การและด้าน

การบริหารองค์การ แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยทั้งสองนี้มีความสำคัญต่อพนักงานในสายงานนี้เป็นพิเศษ เนื่องจากลักษณะงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการประสานงานกันอย่างใกล้ชิด ในทำนองเดียวกัน การที่พนักงานรับรู้ว่าองค์กรมีการบริหารงานดี เช่น การแบ่งงานชัดเจน มีอุปกรณ์ที่เหมาะสมและมีความยุติธรรมในการประเมินผลยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Maslach and Leiter (1997)[12] ที่ว่าความยุติธรรมและการสนับสนุนที่ดีในองค์กร เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วย ป้องกันภาวะเหนื่อยหน่ายและส่งเสริมให้พนักงานทำงานได้อย่างมีประสิทธิผล

ความต้องการความก้าวหน้า ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะบริบทของงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ที่มีข้อจำกัดด้านเส้นทางอาชีพ ซึ่งแตกต่างจากงานธนาคารที่ความก้าวหน้าส่งผลสูง[16] เมื่อโอกาสในการเลื่อนตำแหน่งมีจำกัด พนักงานจึงอาจมุ่งเน้นไปที่ความต้องการด้านอื่นแทน โดยเฉพาะความต้องการความสัมพันธ์กับผู้อื่น

ปัจจัยด้านความเหนื่อยล้า กับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน ในส่วนของความเหนื่อยล้าทางกาย พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่อาการเจ็บป่วยกลับสะท้อนภาพที่รุนแรงกว่า โดยพบว่าพนักงานส่วนใหญ่มี อาการปวดหลัง/ไหล่สูงถึงร้อยละ 57.62 ข้อมูลนี้สะท้อนถึงภาวะความเหนื่อยล้าทางกายทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า พนักงานในสายงานนี้มีการปรับตัวและคุ้นชินกับความเหนื่อยล้าทางกาย หรือมีกลไกการรับมือที่ดี ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สลิลรัตน์ นิตรมร[3]ที่พบว่าพนักงานเก็บขยะมีภาวะสุขภาพกายต่ำกว่าเกณฑ์ และความเหนื่อยล้าทางกายนี้มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน

ความเหนื่อยล้าทางใจ พบว่า พนักงานจัดเก็บขยะส่วนใหญ่กำลังเผชิญกับภาวะเหนื่อยล้าทางใจในระดับที่น่าเป็นห่วงอย่างมาก เป็นวิกฤตสุขภาพจิตที่หน่วยงานต้องเร่งแก้ไข ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิด Burnout[17] และแนวคิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ของ Piper (1993)[9] ที่กล่าวว่า คนเก็บขยะมีคุณภาพชีวิตต่ำ พนักงานจัดเก็บขยะต้องเผชิญกับความเครียดสะสมจากภาระงานที่หนักหน่วงและสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดความรู้สึกด้อยค่า ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สลิลรัตน์ นิตรมร[3] ที่พบว่า พนักงานเก็บและคัดแยกขยะมีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียหมดแรง และความถี่ของการเจ็บป่วยจากการทำงานสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพมิติด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความเหนื่อยล้าสะสม/หมดไฟ พบว่า พนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอยเกือบทั้งหมดมีภาวะเหนื่อยล้าสะสม/หมดไฟในระดับสูงอย่างท่วมท้น ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนที่ชัดเจนถึงปัญหาสุขภาพจิตและความยั่งยืนในการทำงานของบุคลากรกลุ่มนี้ ข้อมูลนี้ยืนยันถึงปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงในกลุ่มบุคลากรนี้ ซึ่งสอดคล้องโดยตรงกับแนวคิดเรื่อง Burnout[17] สอดคล้องกับงานวิจัยของ วัฒนา ศรีวิลัยและกล้าหาญ ณ น่าน[18] ที่กล่าวถึง ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ว่าเป็นความรู้สึกอ่อนล้าที่เกิดทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งมักเกิดขึ้นจากการทุ่มเทในการทำงานจนเกิดความเหนื่อยล้า โดยมักพบในอาชีพที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลหรืออาชีพที่ต้องทำงานซ้ำๆ โดยหากเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานๆ อาจทำให้เกิดผลเสียทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความเหนื่อยล้าสะสม/หมดไฟ และ ความเหนื่อยล้าทางใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน ซึ่งดูขัดแย้งกับความคาดหวังทั่วไปคือ ภาวะหมดไฟนี้กลับมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลการปฏิบัติงาน อาจเป็นไปได้ว่า ประสิทธิผลที่สูงในปัจจุบันกำลังถูกแลกมาด้วยสุขภาพจิตของพนักงาน แม้จะเหนื่อยล้าสะสม เพื่อให้ได้รับการยอมรับ

เหล่านี้อาจเป็นสัญญาณเตือนที่สำคัญว่า พวกเขากำลังเผชิญกับภาวะความเหนื่อยล้าที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพและความยั่งยืนในการทำงานระยะยาว จึงอาจไม่ใช่สัญญาณของความสำเร็จแต่เป็นสัญญาณเตือนที่อันตราย ถึงความไม่ยั่งยืนในการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานจึงควรจัดสรรอุปกรณ์และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ทบทวนการจัดตารางเวรและเวลาพักผ่อนให้เพียงพอ และออกแบบโปรแกรมดูแลและพัฒนาพนักงานที่จำเพาะเจาะจงตามช่วงอายุงาน รวมถึงควรจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. หน่วยงานควรรักษาระดับการบริหารจัดการที่ดีนี้ไว้ และส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ในองค์กรต่อไป รวมถึงสร้างความก้าวหน้าที่ชัดเจน เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่พนักงาน

3. หน่วยงานจึงต้องให้ความสำคัญสูงสุดกับการดูแลสุขภาพจิต ในการพัฒนาและส่งเสริมด้านสุขภาพจิตของพนักงาน

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.(2566). สถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

2.รวีพลอย เดชอุดม.(2558). การปกครองท้องถิ่นไทยในยุคการกระจายอำนาจ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

3.สลิลรัตน์ นิตรมร.(2564). ภาวะสุขภาพของพนักงานเก็บและคัดแยกขยะ สังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2564;19(1):45-58.

4.สิระยา สัมมาวาจา.(2532). แบบวัดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานฉบับภาษาไทย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

5.พันธะกานต์ ยืนยง และสุรเดช สำราญจิตต์.(2567). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับทักษะซอฟต์สกิลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2567;9(1):32-44.

6.Arnold HJ, Feldman DC.(1986). Organizational behavior. New York: McGraw-Hill.

7.วชิรวัชร งามละม่อม. ลักษณะประชากรศาสตร์กับพฤติกรรมการทำงาน. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2560;28(2):145-162.

8.International Labour Organization.(1986). Ergonomics principles in the design of hand tools. Geneva: International Labour Organization.

9.Piper BF.(1993). Fatigue. In: Carrieri-Kohlman V, Lindsey AM, West CM, editors. Pathophysiological phenomena in nursing: Human responses to illness. Philadelphia: W.B. Saunders; 1993. p. 279-302.

10.McClelland DC.(1973). Testing for competence rather than for intelligence. Am Psychol. 1973;28(1):1-14.

11.Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB.(1959). The motivation to work. New York: John Wiley & Sons.

12.Maslach C, Leiter MP.(1977). The truth about burnout. San Francisco: Jossey-Bass.

13.Spielman AJ.(1986). Assessment of insomnia. Clin Psychol Rev. 1986;6(1):11-25.

14.Moos RH.(1974). The social climate scales: An overview. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press.

15.พลภัทร สถาปนไชย.(2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความพึงพอใจในการทำงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยในเทศบาลอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

16.พรทิพย์ นิลมัย.(2539). ขวัญและความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน: เปรียบเทียบระหว่างพนักงานธนาคารกรุงเทพจำกัดกับสำนักงานธนาคารออมสิน [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

17.Maslach C, Jackson SE.(1981). The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981;2(2):99-113.

18.วัฒนา ศรีวิลัย, กล้าหาญ ณ น่าน.(2564). ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (Burnout): แนวคิดและการจัดการ. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. 2564;13(1):1-20.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะปากแห้งของผู้สูงอายุในประเทศไทย

Associated Factors of Dry Mouth Conditions in Older Adults in Thailand.

(Received: January 7,2026 ; Revised: January 16,2026 ; Accepted: January 23,2026)

วาสินี เกียรติอดิศร[1] พิมพ์พิสุทธิ์ สะตะ[2] นพวรรณ โพชนุกูล[3]
Wasinee Kiatadisorn[1] Pimpisut Sata[2] Noppawan Pochanukul[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุอายุ 60–74 ปี จำนวน 5,842 คน จาก 25 จังหวัดทั่วประเทศ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้น และการวิเคราะห์โมเดลเส้นทาง

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 11–25 ของผู้สูงอายุมีภาวะปากแห้งที่อยู่ในระดับต่ำ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ พบว่าเพศหญิงจะมีภาวะปากแห้งสูงกว่าเพศชาย (OR=1.640, p=.006) และมีปัจจัยอื่นๆที่สัมพันธ์กับภาวะดังกล่าว ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระยะยาว (p < .05) รวมถึงภาวะปากแห้งมีความสัมพันธ์กับปัญหาในช่องปาก เช่น ฟันสึก ฟันผุที่รากฟัน ค่าดัชนีสภาพเหงือก (Gingival index) และจำนวนฟันที่เหลือน้อยกว่า 20 ซี่ (p< .05) อย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ ปากแห้ง น้ำลายน้อย ผู้สูงอายุ การประเมินสุขภาพช่องปาก สำรวจสภาวะช่องปาก

Abstract

This study aimed to assess the prevalence and associated factors of dry mouth among older Thai adults using secondary data from the 9th National Oral Health Survey (2023). A total of 5,842 individuals aged 60–74 years from 25 provinces were included. Descriptive statistics, multiple linear regression, and Path Analysis were used for data analysis.

The findings indicated a low prevalence of dry mouth (11–25%). Female gender was significantly associated with dry mouth (OR = 1.640, p = .006). Other significant factors included cardiovascular diseases, cerebrovascular diseases, cancer, and long-term smoking behavior (p=.048). Oral health conditions affected by dry mouth, including root caries, tooth wear, higher Gingival index, and having less than 20 remaining teeth, were also significantly associated with dry mouth (p<0.05).

Keywords: Dry mouth, Xerostomia, Older adults, Oral Assessment, Oral Health Survey

บทนำ

ปัญหาปากแห้งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในสูงอายุส่งผลกระทบทั้งสุขภาพช่องปากและสุขภาพองค์รวม โดยนิยามของสภาวะปากแห้ง คือ ลักษณะปากแห้ง น้ำลายน้อย มักพบร่วมกับการกลืนอาหารลำบาก ริมฝีปากแห้ง ลิ้นมีรอยแตก[1] ความชุกของอาการปากแห้ง พบได้ในประชากรสูงอายุตั้งแต่ร้อยละ 13 ถึง 28 ส่วนในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมักพบสภาวะดังกล่าวมากขึ้นถึงร้อยละ 60[1,2] อาการปากแห้งมักพบในประชากรเพศหญิงมากกว่าเพศชาย[3,4] ภาวะปากแห้งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุเนื่องจากเกิดการฝ่อลีบของต่อมน้ำลาย ความเสื่อมจากอายุที่มากขึ้น ร่วมกับผลข้างเคียงของการรับประทานยาเพื่อรักษาโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ[4]

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย wasiee.k@anamai.mail.go.th
[2] ทันตแพทย์ปฏิบัติการ กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพวัยทำงานและผู้สูงอายุ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
[3] ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพวัยทำงานและผู้สูงอายุ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

จากการศึกษาของ Porter และ Scully (2000) ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากและสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยอาการอักเสบของอวัยวะปริทันต์ หรือการมีเลือดออกที่เหงือก เนื้อเยื่อช่องปากอักเสบ มักสัมพันธ์กับโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ติดเชื้อรา/ไวรัส สภาวะโลหิตจาง[3] นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะปากแห้งนั้นส่งผลต่อตัวฟันทั้งชั้นเคลือบรากฟัน และเคลือบฟัน ภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ โดยจากการศึกษาของ Sen และคณะ (2020) วิเคราะห์ว่าในผู้สูงอายุที่มีภาวะปากแห้งมักเสี่ยงต่อการมีรากฟันผุ (Root caries) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่า Odds Ratio (OR) = 2.33, 95% CI: 1.19–4.57[4] เนื่องจากน้ำลายนั้นช่วยทำให้เนื้อเยื่อช่องปากชุ่มชื้น ช่วยการกลับคืนของแร่ธาตุ (Remineralization) และมีคุณสมบัติในการต้านการเกิดโรคฟันผุ[5] เมื่อผู้สูงอายุมีสภาวะปากแห้งร่วมกับเหงือกร่นจะทำให้บริเวณรากฟันและคอฟันของผู้สูงอายุเสี่ยงต่อฟันผุมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ Haye และคณะในค.ศ. 2016 พบว่าผู้ที่มีภาวะปากแห้งจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุบริเวณรากฟันและคอฟันถึง 5.48 เท่า (OR 5.48 (95% CI: 2.49–12.01))[5] จนเป็นสาเหตุของการสูญเสียฟันถ้าไม่ได้รับการประเมินและจัดการสภาวะดังกล่าวอย่างเหมาะสม[6]

ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการปากแห้งมาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การใช้ยาและผลกระทบจากยา สภาวะโรคประจำตัวของผู้ป่วย ได้แก่ กลุ่มอาการโซเกร็น (Sjogren's Syndrome) โรคเบาหวาน โรคเอดส์หรือติดเชื้อเอชไอวี โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ เช่น รังสีรักษา ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น สูบบุหรี่ เคี้ยวหมาก ดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มกาแฟ และภาวะขาดน้ำ เช่น ทำงานที่มีเหงื่อออกมากๆ อาเจียนบ่อยๆ ท้องเสียบ่อย หายใจทางปาก เช่น มีอาการหายใจทางปากขณะนอนหลับทำให้เนื้อเยื่อช่องปากแห้ง ภาวะชรา(Ageing) การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เช่น สตรีในกลุ่มหมดประจำเดือน ภาวะทางระบบประสาท เช่น ผู้ป่วยในกลุ่มพาร์กินสัน (Parkinson's disease)[7] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะปากแห้งมีแนวโน้มที่จะมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย เช่น เบาหวานและโรคหลอดเลือดหัวใจ–สมอง โดยการศึกษาการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนในประเทศบราซิลพบว่าภาวะเบาหวานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอาการปากแห้ง (OR 3.59, 95% CI: 1.48–8.68)[8] และงานวิจัยระยะยาวในสหราชอาณาจักร ของ Krotonia และคณะในปี 2021 ชี้ให้เห็นว่าภาวะปากแห้งสามารถกระตุ้นการอักเสบเรื้อรัง ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองได้[9]

การประเมินภาวะปากแห้งเบื้องต้นทำได้โดยการสัมภาษณ์หรือใช้แบบสอบถามสั้นๆ เช่น คำถามจาก Thompson, Brown และ Williams (1993)[1] ที่ว่า "ท่านรู้สึกว่าท่านมีอาการปากแห้งบ่อยแค่ไหน" โดยมีตัวเลือกตอบ "ไม่เคย" ถึง "เป็นประจำ" ซึ่งสะท้อนความรู้สึกและประสบการณ์ของผู้ป่วย ส่วนภาวะน้ำลายน้อยหรือการทำงานบกพร่องของต่อมน้ำลาย (Salivary gland hypofunction) จะประเมินจากการตรวจอาการในช่องปากและปริมาณน้ำลายที่ลดลง ทั้งหมดนี้เรียกรวมว่า ภาวะปากแห้ง (Dry mouth)[10,11]

จากการดำเนินงานตามแผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2558–2565 มีเป้าหมายหลังสิ้นสุดแผนในปี 2565 ที่เน้นการพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุอย่างน้อย 5 จาก 7 ประเด็นสำคัญ เช่น ฟันผุ/รากฟันผุ ฟันสึก โรคปริทันต์ และโรคประจำตัวต่าง ๆ ซึ่งหนึ่งในปัญหาสำคัญที่ควรให้ความสำคัญคือ ภาวะปากแห้ง เพราะมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ[12] รวมถึงผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีหรือวิธีอื่นร่วมด้วยอย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังมีงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาภาวะปากแห้งและปัจจัยที่เกี่ยวข้องค่อนข้างจำกัด และประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จึงเป็นที่มาของงานวิจัยนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่

เกี่ยวข้องกับสภาวะปากแห้ง และสถานการณ์การเกิดสภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะปากแห้งของผู้สูงอายุในประเทศไทยในปัจจุบัน

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมสุขภาพ การเกิดภาวะปากแห้งและสภาวะโรคในช่องปากของผู้สูงอายุในประเทศไทย

วิธีการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่างได้ดำเนินการตามกรอบแนวทางของ *National Oral Health Survey* (การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566)[13] โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิซึ่งผ่านกระบวนการเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบในระดับประเทศ มีการออกแบบการเก็บข้อมูลและเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างมีโครงสร้าง โดยใช้วิธีการของการสุ่มหลายขั้นตอนครอบคลุม 25 จังหวัดทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ข้อมูลผู้สูงอายุชาวไทยซึ่งเป็นกลุ่มที่มีข้อมูลสมบูรณ์ตามหัวข้อการวิจัยและเป็นช่วงอายุที่สะท้อนภาพรวมด้านสุขภาพช่องปากของประชากรสูงอายุได้อย่างครอบคลุม[13]

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย ภายใต้ รหัสโครงการ 805/2567 ลงวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2568

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลของผู้สูงอายุ อายุ 60ปี ขึ้นไป

เกณฑ์คัดเข้า ข้อมูลผู้สูงอายุ 60-74 ปี เช่น ข้อมูลผู้สูงอายุ 60-74 ปี ที่มีฟันแท้อย่างน้อย 1 ซี่ที่ไม่มีแผนถูกถอน และมีความสมบูรณ์ของข้อมูลตามหัวข้อการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ข้อมูลของผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปาก(Edentulism) เนื่องจากมีผลต่อการวิเคราะห์ผลกระทบของภาวะปากแห้ง ได้แก่ ฟันผุ โรคฟันผุ เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ของกรมอนามัย 13กลุ่มตัวอย่างคือข้อมูลผู้สูงอายุระหว่าง 60-74 ปี เนื่องจากช่วงอายุนี้ของผู้สูงอายุสามารถสะท้อนภาพรวมที่เกิดจากการดำเนินโครงการด้านทันตสาธารณสุขที่มาผ่านของประเทศไทย14 โดยได้รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลภาวะปากแห้ง มาจากข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และแบบตรวจ

1. ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีสภาวะปากแห้ง (Perception) จากอาการข้อมูลผู้ป่วยผ่านการสัมภาษณ์จากคำถามในหมวดที่ 3 “การรับรู้ การรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับช่องปาก” ทั้งหมด 4 ข้อคำถาม ได้แก่ ท่านต้องดื่มน้ำตามทันทีเมื่อรับประทานอาหารแข็งหรือไม่ ท่านมักมีอาการสำลักหรือไอเมื่อดื่มน้ำหรือไม่ ท่านรู้สึกปากแห้งหรือไม่ ท่านรู้สึกว่าลิ้นแห้งติดเพดานหรือไม่

2. การตรวจ Oral dryness condition จากแบบตรวจในช่องปากโดยทันตแพทย์

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ

ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้ ได้แก่ 1. ตัวแปรที่ต้องการศึกษาคือภาวะปากแห้ง 2. พฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับภาวะปากแห้ง ได้แก่ การสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ 3. ปัจจัยทั่วไปอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับภาวะปากแห้งกับสภาวะในช่องปากของผู้สูงอายุ ได้แก่ ดัชนีฟันผุ ถอน อุด (DMFTs) โรคฟันผุ (Caries) รากฟันผุ (Root Caries) ฟันสึก (Cervical Tooth Wear) การมีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ (20 Remaining teeth) สภาวะปริทันต์ (Periodontal status) หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์หาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะปากแห้ง และผลกระทบของภาวะปากแห้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูล โดยนำเสนอในรูปแบบของการแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ใช้เพื่อทดสอบความสัมพันธ์และอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างตัวแปร โดยใช้ การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น (Multiple Linear Regression) การวิเคราะห์โมเดลเส้นทาง (Path Analysis) การวิเคราะห์ทั้งหมดดำเนินการผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป

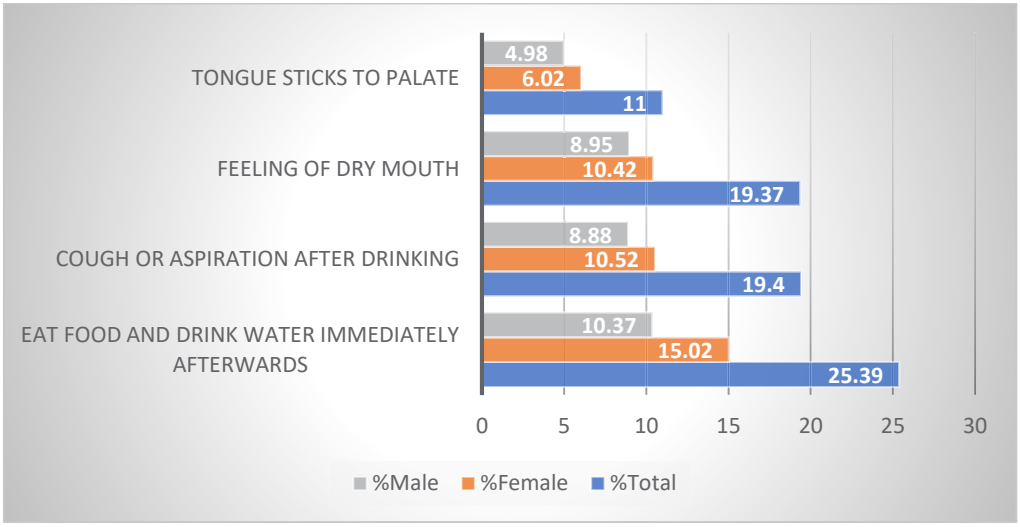
จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 805/2567 รับรองวันที่ 10 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 67.0±4.2 ปี ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5,842 ราย แบ่งเป็น ผู้สูงอายุเพศชายจำนวน 2,826 ราย (ร้อยละ 48.4) และเพศหญิงจำนวน 3,016 ราย (ร้อยละ 51.6) มีโรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูงจำนวน 2,940 ราย (ร้อยละ50.3) ป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 1,362 ราย(ร้อยละ 23.3) โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 155 ราย (ร้อยละ 2.7) โรคไตจำนวน 243 ราย(ร้อยละ 4.2) ภาวะซึมเศร้า 55 ราย (ร้อยละ 0.9) โรคมะเร็ง 77 ราย (ร้อยละ 1.3) และป่วยเป็นโรคอื่นๆ 1,573 ราย (ร้อยละ 26.9)

ข้อมูลสถานการณ์ภาวะปากแห้ง ข้อมูลชุดนี้ได้จากแบบสอบถามอาการแสดงของผู้สูงอายุ ในหมวด การรับบริการด้านสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับช่องปากในการสำรวจสภาวะช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 ซึ่งพบว่าร้อยละ 25.39 ของผู้สูงอายุจำเป็นต้องดื่มน้ำตามทันทีเมื่อรับประทานอาหารแข็ง ร้อยละ 19.40 มักสำลักหรือไอเมื่อดื่มน้ำ ร้อยละ 19.37 รู้สึกปากแห้ง ร้อยละ 11.01 ของผู้สูงอายุ มีภาวะปากแห้งรู้สึกว่าลิ้นแห้งติดเพดาน ตามลำดับ (ภาพประกอบที่ 1)



ภาพประกอบที่ 1 อุบัติการณ์ของอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ 60-74 ปีในประเทศไทย

ส่วนที่2 ข้อมูลสภาวะ Oral dryness condition จากผลการวิเคราะห์การตรวจในช่องปากโดยทันตแพทย์ ลักษณะของอาการปากแห้งคือกระจกส่องปาก(mouth mirror) จะติดเนื้อเยื่อในช่องปาก เช่น ลิ้น หรือกระพุ้งแก้ม พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะปากแห้งคิดเป็นร้อยละ 4.1 โดยผู้สูงอายุกลุ่ม

71-74 ปี มีภาวะปากแห้งมากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มช่วงอายุอื่นๆ(ร้อยละ 5.2) เพศหญิง(ร้อยละ2.4)มีภาวะปากแห้งมากกว่าเพศชาย(ร้อยละ 1.8) ผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 ปีขึ้นไปมีอาการปากแห้งร้อยละ 5.6 ผู้สูงอายุในจังหวัดภาคเหนือและภาคใต้มีภาวะปากแห้งมากกว่าภาคอื่นๆในประเทศไทย (ร้อยละ7.4 และ 6.5 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดสภาวะปากแห้งน้ำลายน้อยในผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์ Multiple Linear Regression เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < .05$) ดังนี้

เพศ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะปากแห้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .006$) โดยพบว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะปากแห้งมากกว่าเพศชาย 1.64 เท่า (OR = 1.640, 95% CI = 1.149–2.340)

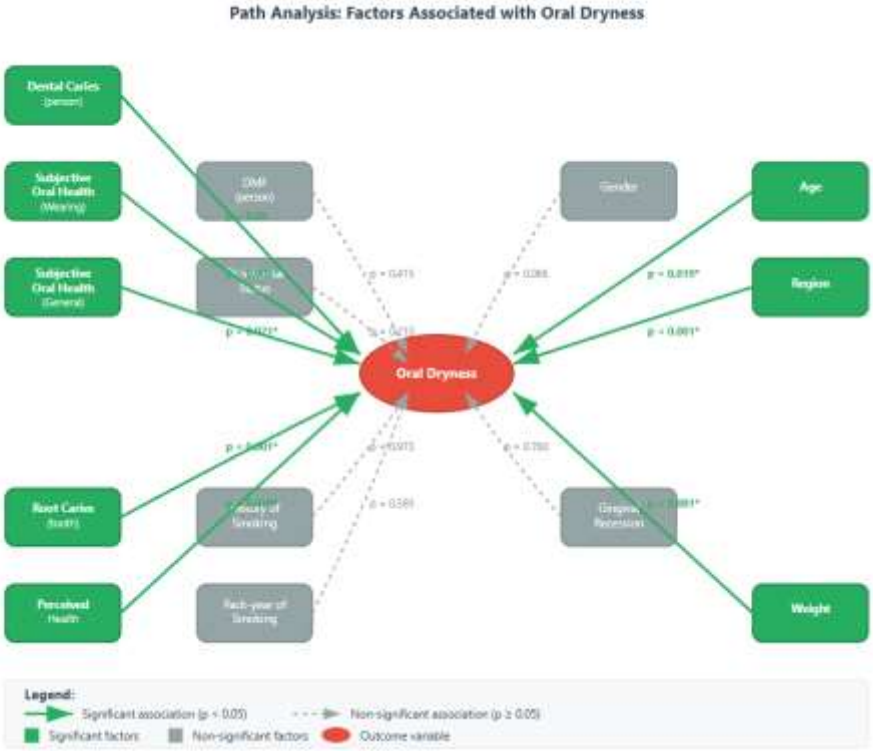
ผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง แนวโน้มที่จะการเกิดภาวะปากแห้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่มีภาวะดังกล่าว ($p \leq .05$)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะปากแห้งมักจะสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มผู้ที่มีประวัติโรคมะเร็งมีโอกาสเกิดภาวะปากแห้งมากกว่าผู้ไม่มีประวัติ .537 เท่า (OR = .537 95% CI= .287-1.003)

ผู้สูงอายุที่มีประวัติสูบบุหรี่ พบว่ามีโอกาสเกิดภาวะปากแห้งมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .014$) โดยมีค่า OR = .578 (95% CI = .373–.894) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของภาวะปากแห้งน้ำลายน้อยกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	*p-value*	OR	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
เพศ	.006	1.640	1.149	2.340
โรคประจำตัว				
เบาหวาน	.571	.673	.171	2.648
ความดันโลหิตสูง	.654	.709	.158	3.183
โรคหลอดเลือดหัวใจ	.013	.335	.141	.793
ภาวะซึมเศร้า	.579	.800	.364	1.760
โรคไต	.133	2.238	.781	6.410
โรคข้ออักเสบ	.105	2.352	.835	6.625
โรคหลอดเลือดสมอง	.054	3.407	.978	11.864
โรคหอบหืด	.547	1.432	.446	4.600
มะเร็ง	.051	.537	.287	1.003
เคยสูบบุหรี่หรือมีประวัติสูบบุหรี่	.014	.578	.373	.894
มีฟัน 20 ซี่	.053	.761	.577	1.004
รากฟันเผยผึ่ง	.625	1.116	.718	1.735
ดื่มแอลกอฮอล์ตามโอกาส	.881	.960	.562	1.640
ดื่มแอลกอฮอล์ประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง	.322	1.327	.758	2.325



ภาพประกอบที่ 2 สรุปความสัมพันธ์ของภาวะปากแห้งกับปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากภาพประกอบที่ 2 แสดงการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis) พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะปากแห้ง (oral dryness) โดยแสดงด้วยลูกศรสีเขียว ซึ่งหมายถึงค่า $p < .05$ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ (Age) ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะปากแห้งอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .019$) และ ภูมิภาค (Region) ที่บุคคลอาศัยอยู่ ($p < .001$) รวมทั้ง น้ำหนัก (Weight) ของบุคคลก็มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p = .001$)

นอกจากนี้ยังพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะปากแห้งกับสภาวะช่องปากที่ผิดปกติ เช่น ฟันผุที่รากฟัน(p=.001) คอฟันสึก (p=.001) ดัชนีการสภาพเหงือก (p=.021) ฟันผุ (p=.054) ฟันสึก(p=.001) การมีจำนวนฟัน20 ซี่(p=.018)

สรุปผล

ภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุไทยพบในระดับต่ำ (เฉลี่ยร้อยละ 11-25) และมีความสัมพันธ์กับทั้งปัจจัยทางชีวภาพ (เช่น เพศ อายุ) และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น ซึ่งพบว่ามีผลกระทบของภาวะปากแห้งต่อสภาวะช่องปาก เช่น ฟันผุ รากฟันผุ เหงือกอักเสบ และการมีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ จากผลการศึกษาครั้งนี้ ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการคัดกรองภาวะปากแห้งและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีพฤติกรรมสี่ยงและมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุไทย อายุระหว่าง 60-74 ปี โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย[13] ซึ่งพบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่มีอาการแสดงของภาวะปากแห้ง เช่น ต้องดื่มน้ำตามเพื่อช่วยกลืนขณะรับประทานอาหาร (25.39%) หรือรู้สึกปากแห้ง (19.37%) ถือว่าอยู่ในระดับต่ำ โดยจากการทบทวนวรรณอย่างเป็นระบบของ Kapourani และคณะ(2022) สรุปได้ว่า ระดับต่ำ (Low severity) – ร้อยละ < 33.3 ระดับปานกลาง (Moderate severity) ร้อยละ 33.3–66.6 ระดับสูง (High

severity) – ร้อยละ > 66.6[16] แนวทางการประเมินระดับนี้นิยมใช้ในงานวิจัยเชิงพฤติกรรมและระบาดวิทยาเพื่ออธิบายความชุกของอาการหรือพฤติกรรมในประชากร และสามารถใช้กับอาการปากแห้งที่รายงานด้วยตนเอง (Self-reported xerostomia)[16] เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาซึ่งมีความชุกร้อยละ 30–40 ในกลุ่มผู้สูงอายุ[17] ในประเทศไทยพบว่าจากการศึกษาของณฐิตา และคณะ ในปี 2565 ศึกษาภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ 250 คน ที่จังหวัดร้อยเอ็ด พบความชุกของภาวะปากแห้งเท่ากับร้อยละ 24[18]

ผลจากการวิเคราะห์ Linear Regression พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะปากแห้งมากกว่าชายอย่างมีนัยสำคัญ (OR=1.64, 95% CI: 1.149–2.340, p=.006) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ikebe และคณะ[19] ชี้ให้เห็นว่าเพศหญิงมีการผลิตน้ำลายน้อยลงโดยเฉพาะในช่วงหลังวัยหมดประจำเดือนรวมถึงปัจจัยอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ (OR=.335) และโรคมะเร็งบางกลุ่ม (OR=.537) นั้นพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะปากแห้ง ซึ่งอาจเกิดจากการผลข้างเคียงของยาที่รักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผลข้างเคียงของการรักษา

นอกจากนี้จากผลการวิเคราะห์เชิงอนุมานด้วย Path Analysis พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะปากแห้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ค่าดัชนีสภาพเหงือก(Gingival Index) (p=.021) ฟันสึก (p=.001) จำนวนฟันที่น้อยกว่า 20 ซี่ (p=.018), น้ำหนักตัว (p=.001), อายุ (p=.016) และภูมิภาคที่อยู่อาศัย (p<0.001) โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 71–74 ปี และภูมิภาคจังหวัดภาคเหนือมีแนวโน้มเกิดภาวะปากแห้งมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tanaka และคณะ[20] กล่าวว่าอายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของต่อมน้ำลายส่งผลต่อภาวะปากแห้งในช่องปาก รวมถึงมีภาวะอื่นๆร่วมด้วย เช่น ฟันผุ รากฟันผุ เหงือกร่น เป็นต้น

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่เคยมีประวัติสูบบุหรี่ หรือยังคงสูบบุหรี่ (*p*= .014) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะปากแห้งของผู้สูงอายุ ซึ่งตรงกับงานวิจัยจากสหรัฐอเมริกา พบว่าการสูบบุหรี่ในระยะยาวส่งผลให้มีการลดลงของอัตราการไหลของน้ำลาย และเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับภาวะปากแห้ง[21] การศึกษานี้พบทิศทางความสัมพันธ์ในทางตรงข้าม ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามีความเชื่อมโยงที่สำคัญระหว่างภาวะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จึงพบข้อจำกัดจากงานวิจัย ซึ่งแม้จะมีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ แต่ข้อมูลบางตัวแปรที่สำคัญ เช่น ประเภทของยารักษาโรคประจำตัวที่ใช้หรือพฤติกรรมสุขภาพเชิงลึก อาจไม่มีอยู่ในฐานข้อมูลส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนบางประการได้อย่างครบถ้วน และการศึกษานี้เป็นวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ที่วัดข้อมูลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง จึงไม่สามารถระบุความเป็นเหตุเป็นผลได้เหมือนการศึกษาระยะยาว และไม่สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยบางอย่างก่อให้เกิดภาวะปากแห้ง หรือเป็นผลจากภาวะดังกล่าว อีกทั้งยังขาดข้อมูลของผู้สูงอายุตอนปลายในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป ที่ไม่ได้มีการสำรวจข้อมูลเชิงพฤติกรรมอื่นๆที่สัมพันธ์ต่อภาวะปากแห้งในโครงการวิจัยในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยและระดับความรุนแรงของปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปากเนื่องจากผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มักได้รับยาหลายชนิดพร้อมกันซึ่งอาจส่งผลต่อการทำงานของต่อมน้ำหลายที่เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะดังกล่าว จึงควรมีการซักประวัติการใช้ยาอย่างละเอียด รวมถึงการประเมินผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัวอย่างเป็นระบบ

2. ควรมีการศึกษาผลกระทบต่อเนื่องของภาวะปากแห้ง เป็นวิจัยเชิงคุณภาพผ่านรูปแบบการ

ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถในการรับรสภาวะโภชนาการ และความยากลำบากในการกลืนอาหาร เพื่อให้เข้าใจผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในหลายมิติ และนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากอย่างเหมาะสม อาทิ การบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า หรือการกระตุ้นต่อมน้ำลาย เพื่อบรรเทาอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่ปรึกษาโครงการวิจัย ทพ. ดำรง ธำรงเลาหะพันธุ์ ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข และทพญ. กรกมล นิยมศิลป์ที่ชี้แนะและให้คำปรึกษา และขอขอบพระคุณคณะทำงานโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566 ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการจัดการข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Thomson WM.(2015). Dry mouth and older people. Aust Dent J. 2015;60(Suppl 1):54–63.
2. Pérez-Jardón A, Pérez-Sayáns M, Peñamaría-Mallón M, Otero-Rey E, Velasco-Ortega E, López-López J, et al.(2022). Xerostomia, the perception of general and oral health and health risk behaviors in people over 65 years of age. BMC Geriatr. 2022;22(1):982.
3. Porter SR, Scully C.(2000). Oral manifestations of systemic disease. BMJ. 2000;321(7254):1420.
4. Sen S, Kumar S, Chakraborty R, Srivastava S, Mishra G, Choudhary A.(2020). Prevalence and risk factors of root caries in the geriatric population in the rural sector. J Fam Med Prim Care. 2020;9(2):771–6.
5. Hayes M, Da Mata C, Cole M, McKenna G, Burke F, Allen PF.(2016). Risk indicators associated with root caries in independently living older adults. J Dent. 2016;51:8–14.
6. Navazesh M, Kumar SKS.(2008). Measuring salivary flow: challenges and opportunities. J Am Dent Assoc. 2008;139(Suppl):35S–40S.
7. Villa A, Connell CL, Abati S.(2015). Diagnosis and management of xerostomia and hyposalivation. Ther Clin Risk Manag. 2015;11:45–51.
8. Fornari CB, Maier J, Lacerda CF, Silva DF, Hugo FN.(2021). Prevalence of xerostomia and its association with systemic diseases and medications in the elderly: a cross-sectional study. Int J Dent Hyg. 2021;19(1):e28–e35.
9. Kotronia E, Wannamethee SG, Papacosta AO, Whincup PH, Lennon LT, Watt RG, et al.(2021). Oral health and all-cause, cardiovascular disease, and respiratory mortality in older people. Sci Rep. 2021;11:16452.
10. Gupta A, Epstein JB, Sroussi HY.(2006). Hyposalivation in elderly patients. J Can Dent Assoc. 2006;72(9):841–6.
11. Sreebny LM.(2000). Saliva in health and disease: an appraisal and update. Int Dent J. 2000;50(3):140–61.
12. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.(2563). รายงานผลการดำเนินงานแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558–2565. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.
13. กรมอนามัย.(2567). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
14. World Health Organization.(2013). Oral health surveys: basic methods. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2013. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241548649
15. Field A, Miles JN.(2014). Discovering statistics using IBM SPSS statistics. 4th ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications.
16. Kapourani A, Kontogiannopoulos KN, Manioudaki AE, Poulopoulos AK, Tsalikis L, Assimopoulou AN, et al.(2022). A review on xerostomia and its various management strategies: the role of advanced polymeric materials in the treatment approaches. Polymers (Basel). 2022;14(5):850.

17. Ship JA, Pillemer SR, Baum BJ.(2002). Xerostomia and the geriatric patient. J Am Geriatr Soc. 2002;50(3):535–43.
18. Thongkhum N, Wonglorsaichon P, Ruangrungsi N.(2021). Prevalence of xerostomia among older people in Mueang District, Roi Et Province. Reg Dent Health Sci J. 2021;6(2):128–41.
19. Ikebe K, Nokubi T, Ettinger RL, et al.(2011). Association of salivary flow rate and oral function with systemic health in older adults. Gerodontology. 2011;28(3):165–71.
20. Tanaka M, Ekuni D, Yamane M, et al.(2008). Salivary flow and lifestyle factors in Japanese female university students. J Oral Sci. 2008;50(2):153–8.
21. Guggenheimer J, Moore PA.(2003). Xerostomia: etiology, recognition and treatment. J Am Dent Assoc. 2003;134(1):61–9.

การพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงท้องไม่พร้อมโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ

Development of an Alternative Counseling System for Women with Unintended Pregnancies at the 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital.

(Received: January 9,2026 ; Revised: January 17,2026 ; Accepted: January 24,2026)

ดาวศิริ พิมพ์หล่อ[1]
Daosiri Pimlor[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) รูปแบบการทดลอง 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest Two- Group Design)มีวัตถุประสงค์เพื่อ เพื่อศึกษา องค์ประกอบสำคัญ ในการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาทางเลือกสำหรับหญิงท้องไม่พร้อมจากผู้เชี่ยวชาญและผู้รับบริการ เพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาทางเลือกสำหรับหญิงท้องไม่พร้อมที่สอดคล้องตามบริบทของโรงพยาบาลทั่วไป และเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาทางเลือกที่พัฒนาในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลผู้ให้คำปรึกษา จำนวน 5 คนและผู้เข้ารับบริการปรึกษาทางเลือกหญิงท้องไม่พร้อม จำนวน 24 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1.แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาทางเลือก 2. แบบวัดความชัดเจนในการตัดสินใจ 3. แบบวัดความพึงพอใจต่อรูปแบบการปรึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและการสรุปเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับทางเลือกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ก่อนการทดลอง $\bar{X}$ = 6.90 หลังการทดลอง $\bar{X}$ = 9.85 t = 11.42, p < .001 ความชัดเจนในการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง $\bar{X}$ = 4.42 (S.D. = 0.37) ความพึงพอใจต่อบริการอยู่ในระดับ “พึงพอใจมากที่สุด” คะแนนรวมเฉลี่ย = 4.72

คำสำคัญ ให้คำปรึกษาทางเลือก หญิงท้องไม่พร้อม

Abstract

This research employed was Quasi-Experimental Research Pretest – Posttest Two- Group Design. The primary objectives were 1) to identify key components for developing an option counseling model for women with unintended pregnancy based on perspectives from experts and service users; 2) to develop an option counseling model tailored to the context of a general hospital ; and 3) to evaluate the effectiveness of the developed model at 50th Pansa Mahavajiralongkorn Hospital. The sample was selected through purposive sampling, consisting of 5 counseling nurses and 24 women with unintended pregnancy receiving services at the clinic. The research instruments included 1) a Knowledge Assessment on Option Counseling, 2) a Decisional Conflict Scale (to measure decisional clarity), and 3) a Service Satisfaction Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and paired t-tests

Results The findings revealed that knowledge regarding options increased significantly after the intervention $\bar{X}$ = 6.90 Post-test $\bar{X}$ = 9.85 t = 11.42, p < .001 Decisional clarity was at a high level $\bar{X}$ = 4.42 (S.D. = 0.37) Furthermore, overall satisfaction with the counseling model was at the "Highest Level" = 4.72

Keyword Alternative Counseling Services Unintended Pregnancy in Women

บทนำ

การตั้งครรภ์ไม่พร้อม หรือการตั้งครรภ์ในภาวะที่ไม่คาดคิด เป็นปัญหาสุขภาพและสังคมที่ซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์[1] ครอบครัว และการพัฒนาประเทศ ประเทศไทยจะมีแนวโน้มของอัตราการคลอดในวัยรุ่นลดลง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

อย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา[2] (จากกว่า 40 ต่อ 1,000 คน ในช่วงปี พ.ศ. 2558 ลดลงเหลือประมาณ 24 ต่อ 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2565) แต่ปัญหายังคงอยู่ในระดับที่น่ากังวล โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงที่อายุต่ำกว่า 15 ปี[3] และปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำ จากรายงานการยุติการตั้งครรภ์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2566[4] จำนวนทั้งสิ้น 108,830 ราย เขตสุขภาพที่10[4] พบว่ามีจำนวน 1,010 รายที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม[2] และ เขตดูแลสุขภาพของโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ให้บริการให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ช่วงพ.ศ. 2566 - 2568 จำนวน 81 ราย เมื่อหญิงต้องเผชิญกับภาวะ "ท้องไม่พร้อม" พวกเขาจำเป็นต้องตัดสินใจที่สำคัญและซับซ้อนเกี่ยวกับทางเลือกในการดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการอุ้มท้องต่อเพื่อเลี้ยงดูเอง, การอุ้มท้องต่อเพื่อให้ผู้อื่นรับเลี้ยง, หรือการยุติการตั้งครรภ์ (ซึ่งเป็นสิทธิที่กฎหมายอนุญาตภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด)[5] การตัดสินใจดังกล่าวต้องการข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนและการสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจอย่างเป็นระบบ[1] ปัจจุบันบริการให้คำปรึกษาทางเลือก (Option Counseling)[6] นสถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยยังมีรูปแบบที่หลากหลายและแนวทางที่กระชับ คลอบคลุมและเหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยหลายระบบ ผู้ให้คำปรึกษามีข้อจำกัดเรื่องเวลาในการให้บริการและ การให้คำปรึกษาที่ไม่ครอบคลุมทุกมิติและมีทางเลือกอย่างเป็นกลาง หรือการให้คำปรึกษาที่เน้นเพียงแค่ทางเลือกเดียว อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนและเกิดความสับสนในการตัดสินใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตในระยะยาวและคุณภาพชีวิตหลังการตัดสินใจ[7] ด้วยเหตุผลนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงท้องไม่พร้อม โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ที่มีมาตรฐาน ชัดเจน เป็นกลาง และครอบคลุมทั้งมิติทางกฎหมาย สังคม จิตใจ และสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับผู้ให้คำปรึกษา และเพื่อให้หญิงท้องไม่พร้อมสามารถตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษา องค์ประกอบสำคัญ ในการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาทางเลือกสำหรับหญิงท้องไม่พร้อมจากผู้เชี่ยวชาญและผู้รับบริการ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาทางเลือกสำหรับหญิงท้องไม่พร้อมที่สอดคล้องตามบริบทของโรงพยาบาลทั่วไป

3.เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาทางเลือกที่พัฒนาขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการให้คำปรึกษาเดิม

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) รูปแบบการทดลอง 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest Two- Group Design) ดำเนินการในคลินิกจิตสังคม กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่เดือน มกราคม 2568 ถึงเดือน ธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามแต่ละระยะของการวิจัย

ระยะที่ 1 และ 3 การศึกษาองค์ประกอบและการประเมินความเหมาะสม (ผู้เชี่ยวชาญ)

ประชากร หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่เข้ามารับบริการให้คำปรึกษาทางเลือก ในโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

- **กลุ่มตัวอย่าง** คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (เช่น อายุ, อายุครรภ์) โดยกลุ่มทดลอง ได้รับการให้คำปรึกษาตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีการวัดผลก่อนและหลังให้คำปรึกษา

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) เป็นหญิงที่ตัดสินใจเข้ามารับคำปรึกษาทางเลือกในภาวะ

ท้องไม่พร้อม สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างอิสระ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ แบ่งตามแต่ละระยะ

1. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล (ระยะที่ 1 และ 4)

1.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guideline) สำหรับผู้เชี่ยวชาญในระยะที่ 1 เพื่อศึกษาองค์ประกอบสำคัญที่ควรมีในรูปแบบการปรึกษา

1.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับทางเลือก แบบทดสอบปรนัย 4 ตัวเลือก เพื่อวัดความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิและทางเลือกในการตัดสินใจ (วัดผลก่อนและหลังการปรึกษา) มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรคูเดอร์–ริชาร์ดสัน 20 (KR-20)

1.3 แบบวัดความชัดเจนในการตัดสินใจ (Decisional Clarity Scale) แบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) เพื่อวัดว่าผู้รับบริการรู้สึกชัดเจนและมั่นใจในการตัดสินใจมากน้อยเพียงใด (วัดผลหลังการปรึกษา)

1.4 แบบวัดความพึงพอใจต่อรูปแบบการปรึกษา แบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ เพื่อวัดความพึงพอใจต่อกระบวนการ เนื้อหา และผู้ให้คำปรึกษา (วัดผลหลังการปรึกษา)มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

2. เครื่องมือสำหรับการดำเนินการทดลอง (ระยะที่ 4)

2.1 คู่มือรูปแบบการให้คำปรึกษาทางเลือก (สำหรับกลุ่มทดลอง) ประกอบด้วยขั้นตอน, เนื้อหา, เทคนิคที่ใช้, และเครื่องมือสนับสนุน (Decision Aids)[6]

2.2 แนวทางการให้คำปรึกษาตามรูปแบบเดิม (สำหรับกลุ่มควบคุม) ใช้คู่มือการปฏิบัติงานมาตรฐานที่ใช้ในปัจจุบันของหน่วยงาน[1]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (IOC) จำนวน 4 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ความเที่ยง (Reliability) สำหรับแบบวัดความพึงพอใจ และแบบวัดความชัดเจนในการตัดสินใจ จะทำการทดสอบนำร่อง (Pilot Study) และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่า 0.70 ความเที่ยง (Reliability) สำหรับแบบวัดความรู้เกี่ยวกับทางเลือกในการตัดสินใจ เป็นแบบทดสอบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ให้คะแนนแบบถูก–ผิด (Correct = 1, Incorrect = 0) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็น **dichotomous items** จึงเหมาะสมกับการตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้ สูตรคูเดอร์–ริชาร์ดสัน 20 (Kuder–Richardson Formula 20 KR-20**)** ยอมรับค่า KR-20 ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้จะดำเนินการตาม 4 ระยะหลัก ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนารูปแบบ

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการให้คำปรึกษาทางเลือก

2. สร้างแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาองค์ประกอบที่จำเป็นในบริบทไทย

3. ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ (กลุ่มตัวอย่าง 5 ท่าน)

4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์องค์ประกอบสำคัญของรูปแบบ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาทางเลือกเบื้องต้น

1. นำองค์ประกอบที่ได้จากระยะที่ 1 มาสร้างเป็น "รูปแบบการให้คำปรึกษาทางเลือก (ฉบับร่าง)" ซึ่งประกอบด้วย คู่มือสำหรับผู้ให้คำปรึกษา และสื่อ/เครื่องมือช่วยในการตัดสินใจ

2. นำเสนอรูปแบบฉบับร่างต่อคณะผู้วิจัยและปรับปรุงเบื้องต้น

ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

1. นำรูปแบบฉบับร่าง (คู่มือ) ไปให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม หรือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญใหม่ (จำนวน 5 ท่าน) ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Feasibility)

2. ใช้แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ (แบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ)

3. นำข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพและผลการประเมินมาปรับปรุงรูปแบบ เพื่อให้ได้ "รูปแบบการให้คำปรึกษาทางเลือก (ฉบับสมบูรณ์)"

ระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ (การทดลอง)

1. การเตรียมการ ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (EC) และประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2. การทดลอง รูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Two-Group Design)

2.1 คัดเลือกแบบเจาะจงโดยจัดหญิงท้องไม่พร้อมที่เข้าเกณฑ์สมัครใจเป็นกลุ่มทดลองใช้รูปแบบการให้คำปรึกษา โดยคัดทุกคนที่เข้ามาในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูลวัดผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาที่พัฒนาขึ้น

2.2 ก่อนการทดลอง (Pretest) ให้กลุ่มทดลองทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับทางเลือก

2.3 ดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับคำปรึกษาตาม รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2.4 หลังการทดลอง (Posttest) ให้กลุ่มทดลองทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับทางเลือก, แบบวัดความชัดเจนในการตัดสินใจ, และแบบวัดความพึงพอใจต่อบริการ

3. รวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ระยะที่ 1 และ 3) นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์/ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาถอดเทป (Transcription) และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปองค์ประกอบและการปรับปรุงรูปแบบ

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ (ระยะที่ 3 และ 4)

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการบรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (เพศ, อายุ, อายุครรภ์) และคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของตัวแปรต่าง ๆ

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

1. การเปรียบเทียบประสิทธิผล ใช้สถิติ t-test แบบ Independent Samples เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้, ความชัดเจนในการตัดสินใจ, และความพึงพอใจหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ใช้สถิติ t-test แบบ Dependent Samples เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (หากต้องการทราบพัฒนาการภายในกลุ่ม)

จริยธรรมการวิจัย

ดำเนินงานวิจัยตามหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยต้องได้รับการ อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (EC) ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน (ผู้เชี่ยวชาญและหญิงท้องไม่พร้อม) ต้องได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน และ ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) โดยสมัครใจ รักษาความลับและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยจะนำเสนอข้อมูลในรูปแบบภาพรวมหรือรหัสเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ (ระยะที่ 4)

1. ทำการทดลองกับหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม จำนวน 24 คน ที่เข้ารับบริการให้คำปรึกษาทางเลือกที่คลินิกจิตสังคม โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างหญิงท้องไม่พร้อม (n=24)

ลักษณะทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
ช่วงวัย	วัยเด็ก อายุ 12 ปี	0	0
	วัยรุ่น อายุ 13-19 ปี	12	50.00
	วัยหนุ่มสาว อายุ 20-39 ปี	11	45.84
	วัยกลางคน อายุ 40- 41 ปี	1	4.16
	Min=12 Max=41 $\bar{x}$= 36 S.D= 7		
อายุครรภ์	ไตรมาสที่ 1 (1-13 สัปดาห์)	17	70.83
	ไตรมาสที่ 2 (14-27 สัปดาห์)	9	29.17
	ไตรมาสที่3 (28-40 สัปดาห์)	0	0
	Min=4 Max=38 $\bar{x}$= 10 S.D= 3		
ทางเลือก	ตั้งครรภต่อ	6	25.00
	ยุติการตั้งครรภ์โดยเครือข่าย RSA	19	75.00

จากตารางพบว่า ช่วงวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาวมีการตั้งครรภ์ไม่พร้อมใกล้เคียงกัน และมีอายุครรภ์ในช่วงไตรมาสที่1(1-13 สัปดาห์) ของการตั้งครรภ์เข้ามารับบริการปรึกษา และพบว่าหลังรับคำปรึกษามีการเปลี่ยนความคิดที่จะยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 25 และร้อยละ 75 ตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยกับเครือข่าย RSA (Referral system for Safe abortion)

ตารางที่ 2 แสดงทางเลือกและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างหญิงท้องไม่พร้อม (n=24)

ทางเลือก	ปัจจัยในการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
การตั้งครรภ์ต่อ	ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับ พร้อมให้การช่วยเหลือดูแล	6	100
ยุติการตั้งครรภ์	ยุติความสัมพันธ์		32.5
	ต้องการเรียนต่อ		30
	มีปัญหาด้านการเงิน		25
	บุตรเพียงพอแล้ว (2-4 คน)		12.5

จากตารางพบว่า ปัจจัยที่สนับสนุนการตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ คือครอบครัว ที่ให้การยอมรับและพร้อมที่จะสนับสนุนในการเลี้ยงดูบุตรต่อไป และปัจจัยที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ มีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้องที่ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ เช่น ยุติความสัมพันธ์กับแฟน/สามี ต้องการเรียนต่อ มีปัญหาด้านการเงิน และมีบุตรเพียงพอแล้ว (2-4 คน) และสาเหตุอื่นๆ

2. ผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับทางเลือกก่อนหลังการให้คำปรึกษาทางเลือก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลอง

เวลา	เฉลี่ย	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง	6.90	1.12	11.42	< .001
หลังการทดลอง	9.85	0.54		

จากตารางพบว่า หลังการทดลอง คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลคะแนนความชัดเจนในการตัดสินใจ (Decisional Clarity) พบว่า ค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง = 4.42 (S.D. = 0.37) แปลผล อยู่ในระดับ “มาก”

ตัวชี้วัดรายข้อพบว่า ความมั่นใจในการตัดสินใจเพิ่มสูงขึ้น ความสงสัย/ลังเลลดลง ผู้รับบริการตระหนักถึงผลลัพธ์ของแต่ละทางเลือกได้ชัดเจนขึ้น

4. ผลคะแนนความพึงพอใจต่อบริการ จากการประเมินความพึงพอใจต่อบริการการให้คำปรึกษาทางทางของผู้มารับบริการ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ให้คำปรึกษา ด้านกระบวนการให้คำปรึกษา ด้านบรรยากาศในการให้บริการ และความพึงพอใจโดยรวม ผู้รับบริการ 24 คน มีคะแนนรวมเฉลี่ย = 4.72 แปลผลคือ คะแนนความพึงพอใจต่อบริการอยู่ในระดับ พึงพอใจมาก (เกณฑ์ ระดับคะแนน 5 =พึงพอใจมากที่สุด ,4 =พึงพอใจมาก, 3 = พึงพอใจปานกลาง, 2=พึงพอใจน้อย 1 =ไม่พึงพอใจเลย)

สรุปผล

1. ระยะที่ 1 – ศึกษาองค์ประกอบสำคัญ จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (4 คน) พบว่า องค์ประกอบที่จำเป็นของรูปแบบประกอบด้วย เนื้อหาการให้คำปรึกษาที่ครอบคลุมข้อมูล 3 ทางเลือก กระบวนการให้คำปรึกษา 5 ขั้นตอน คุณสมบัติผู้ให้คำปรึกษาตามแนวคิด Client-centered[8] เครื่องมือช่วยตัดสินใจ เช่น ตารางเปรียบเทียบ, แบบประเมินความรู้, แบบประเมินความพึงพอใจ

2. ระยะที่ 2 – พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาทางเลือก ได้รูปแบบที่ประกอบด้วย 1. คู่มือสำหรับผู้ให้คำปรึกษา[1] 2. กระบวนการ 5 ขั้นตอน (สร้างสัมพันธภาพ–ติดตามผล)[1,12] 3. Decision Aids[6] 4. แบบฟอร์มประกอบการให้บริการ[1] รูปแบบนี้สอดคล้องกับแนวคิดเชิงทฤษฎี เช่น ทฤษฎีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง[8]และทฤษฎีการตัดสินใจ[9]

3. ระยะที่ 3 ประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้เชี่ยวชาญ 3 คนประเมินความเหมาะสม พบว่า ค่าเฉลี่ยรวม = 4.70/5.00 การแปลผล อยู่ในระดับ เหมาะสมมาก ด้านเนื้อหา, กระบวนการ และความเป็นไปได้ ได้คะแนนสูงที่สุด

4. ระยะที่ 4 – ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบจากหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม 24 คน ที่ได้รับคำปรึกษาแบบทางเลือก ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า

4.1 ความรู้เกี่ยวกับทางเลือกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ก่อนการทดลอง $\bar{X}$ = 6.90 หลังการทดลอง $\bar{X}$ = 9.85 t = 11.42, p < .001

4.2 ความชัดเจนในการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง $\bar{X}$ = 4.42 (S.D. = 0.37)

4.3 ความพึงพอใจต่อบริการอยู่ในระดับ “พึงพอใจมากที่สุด” คะแนนรวมเฉลี่ย = 4.72

สรุปผลโดยรวม

การพัฒนาระบบให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงท้องไม่พร้อมที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิผล ทั้งเพิ่มความรู้ เพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ และเพิ่มความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการพัฒนารูปแบบและศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางเลือกสำหรับหญิงท้องไม่พร้อม สามารถอภิปรายผลตามประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทางเลือกของหญิงท้องไม่พร้อม ผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากปัญหาด้านเศรษฐกิจและการศึกษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภาวินี จินตนะ และคณะ[14] ที่ระบุว่าข้อจำกัดด้านการเงินและการขาดโอกาสทางการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อเนื่องต่อคุณภาพชีวิตของสตรี ประเด็นนี้ยังได้รับการยืนยันจากรายงานของ Bearak et al.[17] และ UNFPA[22] ที่พบว่าปัจจัยเชิงโครงสร้างทางเศรษฐกิจมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจ ซึ่งถือเป็นแรงกดดันที่ทำให้หญิงท้องไม่พร้อมต้องพิจารณาทางเลือกอย่างรอบคอบภายใต้กระบวนการให้คำปรึกษาที่เป็นระบบ เพื่อให้สามารถจัดการกับวิกฤตชีวิตได้อย่างเหมาะสมที่สุด

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการให้คำปรึกษา 5 ขั้นตอนและการเข้าถึงบริการที่ปลอดภัย การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกยุติการตั้งครรภ์ภายใต้ระบบบริการที่ปลอดภัย สะท้อนถึงความสำเร็จของรูปแบบการปรึกษาที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โลกตามรายงานของ Guttmacher Institute[19] และ Sedgh et al.[20] ที่ระบุว่าการเข้าถึงบริการที่ถูกกฎหมายควบคู่ไปกับกระบวนการปรึกษาที่เหมาะสม เป็นปัจจัยชี้ขาดในการป้องกันอันตรายจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Abortion) งานวิจัยนี้พิสูจน์ให้เห็นว่ากระบวนการ 5 ขั้นตอนช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูล (Informed decision-making) และเข้าถึงบริการมาตรฐานได้จริง นอกจากนี้ การนำแนวคิดของ Carl Rogers[8] ที่เน้นการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional Positive Regard) มาปรับใช้ ยังช่วยสร้างพื้นที่ปลอดภัยให้ผู้รับบริการมีอิสระในการเลือกทางออกที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง

3. บทบาทของเครื่องมือช่วยตัดสินใจและความชัดเจนในการตัดสินใจ การใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจ (Decision Aids) เช่น ตารางเปรียบเทียบและข้อมูลกฎหมายที่เข้าใจง่าย มีส่วนสำคัญในการเพิ่มความรู้และลดความสับสนให้แก่ผู้รับบริการสอดคล้องกับทฤษฎีการตัดสินใจ[9,16]ที่ระบุว่าการได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ จะช่วยลดความขัดแย้งภายในใจ (Decisional Conflict) ได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของหลายหน่วยงานที่เน้นว่า การช่วยเหลือแบบเป็นมิตร (User-friendly) และการส่งเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์[11,15] จะช่วยป้องกันผลกระทบทางจิตใจในระยะยาว เช่น ภาวะซึมเศร้า และลดโอกาสการตัดสินใจที่ผิดพลาดจากการขาดข้อมูลที่ถูกต้อง[12]

4. ความพึงพอใจต่อบริการและคุณภาพของการให้คำปรึกษา ระดับความพึงพอใจที่อยู่ในระดับสูงสะท้อนถึงประสิทธิภาพของกระบวนการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับแนวคิดของ Donnelly & Foster[18] และ WHO[21] ที่ระบุว่าบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีประสิทธิภาพต้องเป็นบริการที่เป็นมิตร (Adolescent/User-friendly services) และเอื้อให้เกิดการตัดสินใจที่สอดคล้องกับคุณค่าในชีวิต (Value-congruent decision) ปัจจัยแห่งความสำเร็จนี้เกิดจากกระบวนการที่เป็นระบบชัดเจน[1,11] ร่วมกับท่าทีของผู้ให้คำปรึกษาที่มีความอบอุ่น เข้าใจ ไม่ตัดสิน และมีทัศนคติเชิงบวกต่อทุกทางเลือก ซึ่งเป็นสิ่งที่หญิงท้องไม่พร้อมต้องการมากที่สุด[1,12]ในการเข้ารับบริการปรึกษาทางเลือก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรนำรูปแบบนี้ไปใช้ในคลินิกวัยรุ่น/คลินิกจิตสังคมของโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบล โรงพยาบาลชุมชนทุกระดับ
2. ควรจัดอบรมผู้ให้คำปรึกษาโดยใช้คู่มือที่พัฒนาขึ้น
3. ควรมีระบบติดตามผู้รับบริการหลังการตัดสินใจอย่างน้อย 6 เดือน
4. ควรประยุกต์รูปแบบนี้ร่วมกับระบบ Tele-counseling หรือ Mobile Counseling

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขควรผลักดันให้ Option Counseling เป็นมาตรฐานบริการ
2. พัฒนามาตรฐานการอบรมผู้ให้คำปรึกษาที่มีความเป็นกลางทางความคิด
3. เพิ่มงบประมาณสนับสนุน Decision Aids และสื่อสารให้ความรู้แก่ประชาชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาในพื้นที่อื่นเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางวัฒนธรรม
2. ใช้การทดลองแบบสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (RCT) เพื่อยืนยันประสิทธิผล
3. ศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว เช่น สุขภาพจิตหลังตัดสินใจ 1 ปี
4. ศึกษามุมมองของครอบครัวและคู่ครองต่อกระบวนการให้คำปรึกษา

เอกสารอ้างอิง

1.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปรึกษาทางเลือกสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อม. นนทบุรี กรมอนามัย; [ม.ป.ป.].
2.กรมอนามัย. รายงานสถิติสุขภาพวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย. นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3.ปิยนุช วัฒนา, ดุจเดือน แย้มบัวเลิศ, กรกาญจน์ จันทร์คราม, สุพจน์ แย้มประดิษฐ์. การขับเคลื่อนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2564;41(3) 11-20.
4.ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พลิกวิกฤติเกิดน้อย ท้องไม่พร้อม...กระตุ้นสู่การเพิ่มประชากรคุณภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ป.]. เข้าถึงได้จาก http //hpc10.anamai.moph.go.th
5.พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 133, ตอนที่ 30 ก (วันที่ 31 มีนาคม 2559).
6.Decision Aid Collaborative. Option counseling guidelines for unintended pregnancy. Ottawa University of Ottawa; 2020.
7.สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. รายงานผลการศึกษาความรู้การรับรู้ทัศนคติและความคาดหวังต่อบริการยุติการตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ สมาคมฯ; 2566.
8.Kirschenbaum H, Henderson VL, editors. The Carl Rogers reader. London Constable; 1990.
9.O'Connor AM, Stacey D, Jacobsen MJ. Improving practitioners' decision support skills. In Edwards A, Elwyn G, editors. Shared decision making in health care evidence-based patient choice. 2nd ed. Oxford Oxford University Press; 2009. p. 183-91.
10.กรมสุขภาพจิต. คู่มือการให้คำปรึกษาและการดูแลผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม. นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
11.งามชื่น จันทร์คง, สุปาณี ศิริวัน, อรุณี ยืนยงหัตถกิจ. รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560;31(2) 52-64.
12.จุฑารัตน์ มณีวัฒนา. วัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม ผลกระทบ แนวโน้ม และการช่วยเหลือ ในสังคมโลกไร้พรมแดน Unwanted Teenage Pregnancy. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2556;58(4) 405-16.
13.ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 305 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2564). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138, ตอนที่ 10 ก (วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2564).
14.ภาวินี จินตนะ, สุภาภรณ์ ชูรังษี, พรหมมาส บุญครอง. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์และผลกระทบของสตรีวัยรุ่นในโรงพยาบาลปัตตานี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลปัตตานี. 2558;29(2) 1-13.
15.สุทินา พรสุข. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy) [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560. เข้าถึงได้จาก https //www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/
16.Black K, Fraser D. Women's decision making regarding unplanned pregnancy and abortion A qualitative study. J Clin Nurs. 2019;28(15–16) 2953–2964.
17.Bearak J, Popinchalk A, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion estimates from a comprehensive model for 1990–2019. Lancet Glob Health. 2022;10(9) e1261-e1273.
18.Donnelly K, Foster DG. Counseling and informed decision-making in reproductive health services. Womens Health Issues. 2021;31(2) 150–157.
19.Guttmacher Institute. Unintended pregnancy and abortion worldwide [Internet]. 2022. Available from https //www.guttmacher.org
20.Sedgh G, Bearak J, Singh S, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014 global, regional, and subregional levels and trends. Lancet. 2016;388(10041) 258-67.
21.World Health Organization. Adolescent pregnancy [Internet]. Geneva WHO; 2024. Available from https //www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy
22.United Nations Population Fund. Adolescent pregnancy A review of the evidence. New York UNFPA; 2013.

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝางจังหวัดขอนแก่น

The Development of a Depression surveillance and care Model for High School Students in Banfang District Khonkaen Province.

(Received: January 10,2026 ; Revised: January 14,2026 ; Accepted: January 17,2026)

อรวรรณ สังวาลย์[1] ลำไพ โพธิแลกุ[1]
Orawan sangwan[1] Lampai potilaku[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ)Action Research มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1วิเคราะห์สถานการณ์การเฝ้าระวังและ (ดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น2 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแล และ (3 ( ) ประเมินผลการใช้รูปแบบตามกระบวนการวงจรคุณภาพPDCA (กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ครู บุคลากรสาธารณสุข แกนนำนักเรียน และเครือข่ายสุขภาพ รวมจำนวน 80 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึง พฤษภาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น)PHQ-Aแบบ ( ) ประเมินพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย8Q และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ (วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติร้อยละและค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์เดิมขาดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนในการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า สำหรับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1 การสร้างทีมสหวิชาชีพ (2การออกแบบระบบบริการและช่อง (ทางการส่งต่อที่ชัดเจน3 การพัฒนาศักยภาพครูและแกนนำนักเรียน (4 ระบบการคัดกรองเฝ้าระวังในโรงเรียน (5การเชื่อมโยง (ข้อมูลระหว่างโรงเรียน โรงพยาบาล และเครือข่ายสุขภาพ และ6การติดตามดูแลต่อ (เนื่องในระดับครัวเรือนและชุมชน ภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากร้อยละ 22.94 เป็นร้อยละ 85.58 จำนวน)594 คน (โดยผลการคัดกรองพบภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ 48.82 ระดับปานกลางร้อยละ 41.24 ระดับรุนแรงร้อยละ 3.20 และระดับรุนแรงมากร้อยละ 0.51 สำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการประเมินและดูแลตามแนวทางที่กำหนด พร้อมทั้งส่งต่อเข้ารับการวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลและได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ไม่พบการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและไม่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การเฝ้าระวัง, ภาวะซึมเศร้า, วัยรุ่น

Abstract

This action research aimed to :1 (analyze the current situation of surveillance and care for adolescents with depression in secondary schools in Ban Fang District, Khon Kaen Province; 2 (develop a surveillance and care model; and 3 (evaluate the effectiveness of the model implemented through the Plan-Do-Check-Act)PDCA (quality cycle . The sample consisted of 80 participants, including teachers, public health personnel, student leaders, and health networks .The study was conducted from December 2024 to May 2025 .Data collection tools included general information questionnaires, focus group discussion guidelines, the Patient Health Questionnaire for Adolescents)PHQ-A(, the 8-item Suicide Screening Test)8Q(, and a satisfaction assessment form .Quantitative data were analyzed using percentages and means, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The results revealed that the initial situation lacked clear guidelines for the surveillance and care of depressed adolescents .The developed model comprises six key components :1 (multi-disciplinary team building; 2 (service system design with explicit treatment and referral pathways; 3 (capacity building for teachers and student leaders;

[1] อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

4 (a school-based screening and surveillance system; 5 (data linkage between schools, hospitals, and health networks; and 6 (continuous follow-up care within households and the community. Following the implementation, the screening rate for depression among secondary school students significantly increased from 22.94 %to 85.58 %)n=594 .(Screening results identified mild depression in 48.82%, moderate depression in 41.24%, moderately severe depression in 3.20%, and severe depression in 0.51 %of the students . Individuals identified with suicide risk were assessed and managed according to the established guidelines, referred for medical diagnosis and treatment, and received continuous monitoring .Consequently, no repeated suicide attempts or completed suicides were reported during the study period .Furthermore, the participants expressed a high level of satisfaction with the developed model

Keywords : Model Development, Surveillance, Depression, Adolescent

บทนำ

ในปัจจุบันภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อยและหลายประเทศให้ความสำคัญ ทั่วโลกพบคนมีภาวะซึมเศร้าประมาณ 280 ล้านคนโดยพบว่าในทุกๆ ปีมีมากกว่า 7 แสนคนที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ในคนช่วงอายุ15 –29ปีโดยเฉพาะบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายได้แก่ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ติดสุราหรือเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน[1,2]

ปัจจุบันสังคมไทยมีสภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รูปแบบการเลี้ยงดูเด็กที่อาศัยเทคโนโลยีทำให้กลไกในการสร้างและควบคุมความสัมพันธ์ของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อภาวะความเข้มแข็งของจิตใจของเด็กทำให้ระดับความอดทนของคนเราลดลง เกิดเป็นปัญหาสังคมที่มีแนวโน้มรุนแรงมากยิ่งขึ้นซึ่งความรุนแรงในสังคมนั้นสามารถพบได้ทั่วไป ทั้งในครอบครัวและโรงเรียน สภาพความกดดันเช่นนี้ สร้างผลกระทบแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ชุมชนและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มบุคคลที่จิตใจไม่เข้มแข็ง มีปัญหาสุขภาพจิตได้ ส่งผลไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหลีกหนีปัญหา การฆ่าตัวตายจึงเป็น 1ใน 10 สาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลกและพบว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จมีประมาณ 10-20 หรือโดยเฉลี่ย 10.6 ต่อแสนประชากรต่อปี ซึ่งประเทศไทยมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าคนไทยมีการฆ่าตัวตายประมาณปีละมากกว่า 4,000 คน เฉลี่ย 6.64 ต่อแสนประชากร หรือประมาณ 12 คนต่อวัน[3] โดยพบวัยรุ่นชายมากกว่าวัยรุ่นหญิง 2.6 เท่า[4] สาเหตุหลักในการฆ่าตัวตายคือ ความน้อยใจ,ถูกดุด่าตำหนิ, ทะเลาะกับคนใกล้ชิด การเจ็บป่วยทางจิตและโรคซึมเศร้า[5] โรคซึมเศร้ากลายเป็นโรคที่เริ่มพบได้มากขึ้นกับคนทุกเพศทุกวัยในสังคมปัจจุบันและเป็นที่น่ากังวลไม่แพ้กับการเจ็บป่วยทางร่างกาย ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ในคน 20 คน จะมีคนที่กำลังเผชิญกับภาวะซึมเศร้า 1 คน และในทุกการเสียชีวิต 100 ครั้งจะมีอย่างน้อย 1 ครั้งที่เป็นการฆ่าตัวตาย[6]

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีปัญหาทางด้านจิตเวชสูงมากกว่าวัยเด็ก ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นนั้นพบว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข ทั้งนี้เพราะความชุกและอัตราตายที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาทางด้านจิตเวชอื่นๆ และข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์[7]ปีงบประมาณ 2565 (ต.ค. 2564 - ส.ค. 2565) จำแนกการฆ่าตัวตายตามกลุ่มอายุ จะเห็นได้ว่า กลุ่มวัยเรียนอายุ 5 - 14 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 24 คน กลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษาอายุ 15 - 19 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 105 คน และอัตราพยายามฆ่าตัวตายเฉพาะกลุ่มอายุจะพบว่ากลุ่มวัยรุ่น/นักศึกษา เป็นกลุ่มที่มีอัตราพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นคิดเป็น 224.34 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ กลุ่มวัยทำงาน 45.24 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่พบในผู้หญิงร้อยละ 73.2 เป็นนักเรียนนักศึกษาร้อยละ 44.6 วิธีการที่ใช้มักจะเป็นการกินยาเกินขนาดร้อยละ 59.5 รองลงมาคือ ใช้ของมีคมร้อยละ 9.3 และผูกคอร้อยละ 8.5 ก่อนลงมือพยายามฆ่าตัวตายพบสัญญาณเตือนเพียง ร้อยละ 11 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่า

ตัวตายของวัยรุ่น โดยภาวะซึมเศร้าถือได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความชุกของการฆ่าตัวตายสูงสุดในวัยรุ่น ซึ่งก่อนพยายามฆ่าตัวตายมักพบว่ามีอาการซึมเศร้านำมาก่อนเสมอ

ในประเทศไทยจากการศึกษา[8] โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (The Thai version of patient health questionnaire for adolescents; PHQ-A) พบวัยรุ่น 11 –19 ปี มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-A ≥ 10) ร้อยละ 17.5, มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5-9คะแนน) ร้อยละ 49.8และวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9.8 เท่า ข้อมูลจาก รง506S ณ วันที่ ก.ย 30-2565ต.ค 1 ต่อ 30.8 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2566 58.28 ประชากรแสนคน อัตราการพยายามฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน แบ่งตามช่วงอายุ ปี ฆ่า 19-15 ต่อประชากรแสน 89.2คน คิดเป็น 3 ตัวตายสำเร็จคน และเป็นกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายสูงสุด คิดเป็นต่อแสนประชากร และจากข้อมูลการ 29.179 ประเมินสุขภาพจิตกลุ่มเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า18 ปี ของกรมสุขภาพจิต ผ่านแอปพลิเคชั่น Mental Health Check-in ช่วงระหว่าง ถึง 2565 ก.พ 12 ในประเทศไทย มีผู้ตอบแบบสำรวจ 2567 ต.ค 18 ราย 51,789 รายพบมีความเสี่ยงซึมเศร้า 504,386 เสี่ยงฆ่าตัวตาย จำนวน 27.10 นร้อยละคิดเป็ จังหวัดขอนแก่น มี 39.17 คิดเป็นร้อยละ 87,716 15,277 ผู้ตอบแบบสำรวจจำนวน ราย พบมีความเสี่ยงซึมเศร้า จำนวน ราย คิดเป็นร้อยละ 2,362 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ และเสี่ยงฆ่าตัวตาย 46.15 ในส่วน 80.24รายคิดเป็นร้อยละ 3,789 จำนวน ภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น มีผู้ตอบแบบอำเ ราย พบมีความเสี่ยงซึมเศร้า 59 ประเมินเพียง และเสี่ยงฆ่า 34.20 ราย คิดเป็นร้อยละ 12 จำนวน ร 20 ตัวตายาย คิดเป็นร้อยละ 90.33[9]

จากสถานการณ์ดังกล่าวจะสอดคล้องกับการให้บริการของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านฝาง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30เตียง มีพยาบาลที่เด็กผ่านการอบรมเฉพาะทางสุขภาพจิตและวัยรุ่น1 วคน ยังไม่มีจิตแพทย์เด็กและัยรุ่น ไม่มีนักจิตวิทยาคลินิก การจัดบริการรวมอยู่ในแผนกผู้ป่วยนอก เมื่อมีผู้ป่วยเข้ามารักษาที่โรงพยาบาล พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจะได้รับแจ้งเพื่อให้คำปรึกษาและประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น(PHQ-A) และประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) จากแผนกต่างๆในโรงพยาบาล และรายงานแพทย์เพื่อให้การวินิจฉัย และส่งต่อพบจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นและสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่มีการส่งต่อข้อมูลการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นจากสถานศึกษาหรือในชุมชน จากการสืบค้นข้อมูลในเวชสถิติ พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านฝางมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2564-2567 จำนวน 135,168,191 และ 262 ครั้ง ตามลำดับ โดยพบว่าเป็นผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีจำนวน 5 คน/7 ครั้ง,14 คน/19ครั้ง,16คน/23 ครั้ง และ28คน/ 63 ครั้งตามลำดับ ซึ่งพบว่าเป็นนักเรียนที่กำลังเรียนอยู่ในชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.14 และเรียนอยู่ที่โรงเรียนมัธยมศึกษาประจำอำเภอ ร้อยละ81.25 โดยผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาด้วยตนเอง และบางรายมีเพื่อนนักเรียนพามาโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 71.43 มาด้วยทำร้ายตนเอง กรีดข้อมือ พยายามฆ่าตัวตายหรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยการกินยาเกินขนาด หรือผูกคอ จากการให้คำปรึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหากับคนในครอบครัว เพื่อน แฟน หรือคนใกล้ชิดถูกกลั่นแกล้ง มีปัญหาเรื่องการเรียน ครอบครัวแตกแยก ขาดความมั่นใจในตนเอง วิตกกังวล รู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า รู้สึกว่าไม่มีคนรักและเข้าใจ และมีภาวะซึมเศร้า การดำเนินงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลบ้านฝาง ในเรื่องการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะเน้นการคัดกรองเบื้องต้นในกลุ่มโรคเรื้อรัง และกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง ผู้สูงอายุ เอดส์ หญิงตั้งครรภ์ ผู้พิการ ส่วนกลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่นจะดำเนินการในงานอนามัยโรงเรียนซึ่งเน้นในเรื่องการ

ประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกาย และพัฒนาการตามวัยมากกว่าการประเมินด้านสุขภาพจิต ยังไม่มีระบบในการดูแลคัดกรองและเฝ้าระวังเพื่อให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นให้เข้าถึงบริการ ในสถานศึกษามีการประเมินความเสี่ยงในนักเรียนตามนโยบายแต่ยังขาดความเชื่อมโยงและการส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานด้านสุขภาพ ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพและองค์กรในชุมชน ส่งผลให้วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ไม่ได้รับการเฝ้าระวังและดูแลที่เหมาะสม เข้าถึงบริการได้น้อย หากวัยรุ่นไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล จนพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าและคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ในอนาคต จากข้อมูลดังกล่าว จึงควรมีการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

2.เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

3.เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบดังกล่าว

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)ภายใต้กรอบแนวคิดวงจรคุณภาพPDCA(Deming in Mycoted,2004)[10] มีขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ระยะ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน(Plan)

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการเฝ้าระวัง และดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

1.2 ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนปฏิบัติการณ์ กำหนดแนวทางในการดำเนินงานร่วมกัน กำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายในการดำเนินการและให้การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ให้การดูแลแบบองค์รวม

1.3 กำหนดวางแผนกิจกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Do)

2.1 การอบรมเชิงปฏิบัติการ ด้านการให้คำปรึกษาสำหรับแกนนำนักเรียน อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ผู้สอน ในหัวข้อ “ภาวะซึมเศร้า VS โรคซึมเศร้า” การใช้แบบคัดกรอง และเทคนิคการให้คำปรึกษาเบื้องต้น กลุ่มเป้าหมายแกนนำนักเรียน จิตอาสานักเรียน และครูที่ปรึกษา

2.2 คัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแล ส่งต่อ รักษาที่เหมาะสม

2.3 การปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ และติดตามเยี่ยมร่วมกับเครือข่าย ดังนี้

- แกนนำนักเรียน จิตอาสา มีหน้าที่เป็นเครือข่ายสร้างความรู้ ความเข้าใจ และเฝ้าระวัง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน และส่งข้อมูล ให้กับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลบ้านฝาง

- ครูที่ปรึกษามีหน้าที่เป็นเครือข่ายสร้างความรู้ ความเข้าใจ และ เฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน พร้อมทั้งให้คำปรึกษาแก่นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า และส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบการบริการของโรงพยาบาล

- บุคลากรสาธารณสุข มีหน้าดูแลคัดกรองค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยซึมเศร้า เพื่อวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของโรค นำเข้าระบบการบริการรักษาและติดตามเฝ้าระวังให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

- เครือข่ายสุขภาพในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลบ้านฝางติดตามดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าต่อเนื่องที่บ้าน และในชุมชน

2.4 สร้างเครือข่ายและประชาสัมพันธ์ การป้องกัน เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน เพื่อให้เกิด

ความตระหนัก ความรู้ และความเข้าใจ ต่อสาธารณชน รวมทั้งช่องทางการติดต่อเข้ารับบริการของผู้ที่มีในภาวะซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล (Check)

3.1 ประเมินผลกระบวนการโดยการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของการศึกษาและจากการสนทนากลุ่ม

3.2 ประเมินความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง และดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

3.3 ประเมินผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น/ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวบรวมรายงานผลการดำเนินงานและ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินงาน

3.4 ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน รวมทั้งปัญหาและ ข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการถอดบทเรียน (Act)

4.1 วิเคราะห์สิ่งที่ต้องพัฒนาปรับปรุงเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานและการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน

4.2 ถอดบทเรียนการดำเนินงาน ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. พื้นที่วิจัย ทำการศึกษาในพื้นที่อำเภอบ้านฝาง และเลือกโรงเรียนที่ทำการศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ โรงเรียนฝางวิทยายน อำเภอบ้านฝาง เนื่องจากเป็นโรงเรียนมัธยมศึกษาประจำอำเภอเพียงแห่งเดียว และมีข้อมูลนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านฝางสูงที่สุด

2. กลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยทำการศึกษา รวมทั้งสิ้น 80 คน โดยแบ่งเป็น

1) ผู้บริหารโรงเรียน 1 คน ครูอนามัยโรงเรียน 1 คน ครูประจำชั้น ม.1-ม.3 ชั้นเรียนละ 2 คน และครูประจำชั้น ม4-ม.6 ชั้นเรียนละ 1 คน รวมจำนวน 11 คน

2) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากศูนย์สุขภาพชุมชน 1 คน เจ้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน โรงพยาบาล แพทย์ 1คน พยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช 7 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน รวม 11 คน

3) แกนนำนักเรียนในโรงเรียนฝางวิทยายน ชั้นม.1-ม.6 ทุกห้องจำนวน 24 ห้องเรียน ห้องละ 2 คน โดยคัดเลือกจากนักเรียนที่มีความสนใจและมีจิตอาสา จำนวน 48 คน

4) เครือข่ายสุขภาพในชุมชนจำนวน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลบ้านฝาง หมู่บ้านละ 1 คน รวม 10 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง สานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก และระยะเวลาที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

2) แนวทางการสนทนากลุ่ม(Focus Group Guideline) เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

3) แบบบันทึกข้อมูลผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) ของกรมสุขภาพจิต

4) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q ของกรมสุขภาพจิต

5) แบบประเมินความพึงพอใจ ต่อการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง และดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ใช้มาตรวัดแบบ Rating scale ตามรูปแบบของ Likert Scale จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แขนงจิตเวชชุมชน 2 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน คุณภาพเครื่องมือการวิจัย ค่าความตรงเชิงเนื้อหา คำนวณ

จากค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ 0.86 นำเครื่องมือปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับนักเรียนมัธยมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติ Cronbach's alpha ได้ 0.89

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1.จัดประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระดมสมองเพื่อกำหนดรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกัน และวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน

2.ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมในโรงเรียน

3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ด้านการให้คำปรึกษาสำหรับแกนนำนักเรียน อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ผู้สอน ในหัวข้อ "ภาวะซึมเศร้า VS โรคซึมเศร้า" การใช้แบบคัดกรอง และเทคนิคการให้คำปรึกษาเบื้องต้น กลุ่มเป้าหมายแกนนำนักเรียน จิตอาสานักเรียน และครูที่ปรึกษา

4. คัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแล ส่งต่อ รักษาที่เหมาะสม โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q

5. กลุ่มตัวอย่างประเมินความพึงพอใจก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

6.ติดตามประเมินผล ประชุมสรุปผลการดำเนินงานร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย วิเคราะห์สรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) นำข้อสรุปย่อยมาเชื่อมต่อกันจนกระทั่งได้ข้อสรุปที่ตอบปัญหาการวิจัย

2.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า คะแนนประเมินการฆ่าตัวตาย คะแนนความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC 064/2567 (ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2567)

ผลการศึกษา

1.สถานการณ์ของการเฝ้าระวัง และดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น จากการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการเฝ้าระวัง และสภาพปัญหา การเฝ้าระวัง และดูแลวัยรุ่น ที่มีภาวะซึมเศร้า ในนักเรียน มัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น โดยการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม(Focus Group Guideline) และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประสบการณ์ในการเฝ้าระวังและดูแลรักษาวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ในผู้เกี่ยวข้อง พบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีความรุนแรงมากขึ้น จากสถิติวัยรุ่นที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ด้วยปัญหา ทำร้ายตัวเอง กินยาเกินขนาด และมีความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการเฝ้าระวังและดูแลรักษาในกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้า ขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ขาดความเชื่อมโยงในการใช้ข้อมูล โดยในโรงเรียนมัธยมศึกษา มีการประเมิน คัดกรองความเสี่ยงในนักเรียนโดยใช้แบบประเมินจุดแข็งจุดอ่อน(SDQ)แต่ยังขาดการติดตามประเมินผลและส่งต่อข้อมูลให้กับสถานพยาบาลในรายที่มีความเสี่ยงและต้องเฝ้าระวัง เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง ในส่วนชุมชนและสถานบริการสาธารณสุข มีการประเมิน และเฝ้าระวัง ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบประเมิน2 Q9Q ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และในกลุ่มหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม แต่ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ในการเฝ้าระวังและดูแลรักษาวัยรุ่น ที่มีภาวะซึมเศร้า ยังไม่มีแนวทางในการส่งต่อรักษาที่ชัดเจน

เพื่อให้การดูแลวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้า และยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือให้คำแนะนำวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

2. รูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้น จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่าเดิมขาดแนวทางที่ชัดเจน ขาดระบบการเฝ้าระวังและดูแลรักษาและระบบส่งต่อข้อมูล รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและกำหนดบทบาทที่ชัดเจน มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1) การสร้างทีม มีคณะดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่ชัดเจน มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นประธาน พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นเลขาฯ มีบุคลากรสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและเครือข่ายเป็นคณะทำงาน

2) การออกแบบระบบบริการร่วมกัน จัดทำแนวทางในการดูแลรักษาและส่งต่อที่ชัดเจน สื่อสารแนวทางปฏิบัติให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ

(3การพัฒนาศักยภาพ ครูและแกนนำนักเรียน โดยการอบรมเรื่อง ภาวะซึมเศร้า“VS โรคซึมเศร้า ”การเฝ้าระวัง การให้คำปรึกษาเบื้องต้น การใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น PHQ-A และ 8Q

4) การคัดกรอง ค้นหา เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในโรงเรียนโดยแกนนำนักเรียน ครู และบุคลากรสาธารณสุข

5) การส่งต่อข้อมูลที่เชื่อมโยงจากโรงเรียน โรงพยาบาล และเครือข่ายสุขภาพ ทั้งไปและกลับ

6) มีภาคีเครือข่ายติดตามเฝ้าระวังดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน

3. ผลลัพธ์ จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน PHQ-A จำนวน 594 คน คิดเป็นร้อยละ 85.58 เพิ่มขึ้นจากเดิมที่คัดกรองได้เพียงร้อยละ 22.94 ผลการตรวจคัดกรอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่1 แสดงผลการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาด้วยแบบประเมิน PHQA (N= 594)

ผลการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า		จำนวน (N=594)	ร้อยละ
คะแนนภาวะซึมเศร้า	การแปลผล		
PHQ-A 0-4 คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	37	6.23
PHQ-A 5-9 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	290	48.82
PHQ-A 10-14 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	245	41.24
PHQ-A 15-19 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้ามาก	19	3.20
PHQ-A 20-27 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	3	0.51

ผลลัพธ์ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยและปานกลางได้รับการดูแลให้คำปรึกษาจากครูและแกนนำนักเรียน นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้ามาก และรุนแรงหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ได้รับการประเมิน 8Q และได้รับการส่งต่อที่โรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาวินิจฉัยและติดตามดูแลต่อเนื่องตามแนวทางที่กำหนด ตลอดระยะเวลาการศึกษา ไม่พบความพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และไม่พบการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มวัยรุ่นอำเภอบ้านฝาง

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา หลังพัฒนาเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากในทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบก่อนพัฒนาที่มีความพึงพอใจในระดับน้อย ถึงปานกลาง โดยเพิ่มขึ้นในทุกด้าน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ก่อนพัฒนารูปแบบ	หลังพัฒนารูปแบบ
1.ทีมผู้ให้บริการ	ขาดทีมในการดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่ชัดเจน	มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลและมีแนวทางในการดูแลรักษาและส่งต่อที่ชัดเจน
2. อัตราการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา	คัดกรองได้เพียงร้อยละ 22.94	เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85.58
3. ระบบการส่งต่อข้อมูล	ขาดความเชื่อมโยงและการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงเรียนและหน่วยงานสุขภาพ	มีระบบส่งต่อข้อมูลที่เชื่อมโยงกันทั้งไปและกลับระหว่าง โรงเรียน โรงพยาบาล และเครือข่ายสุขภาพ
4. ศักยภาพบุคลากร	ครูและแกนนำนักเรียนขาดความรู้ความเข้าใจในการช่วยเหลือและให้คำแนะนำ	ครูและแกนนำนักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้แบบคัดกรอง PHQ-A, 8Q การเฝ้าระวังการให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำเบื้องต้นได้
5. การเข้าถึงบริการ	วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเข้ามารับการรักษาด้วยตนเองเมื่อมีอาการรุนแรงหรือทำร้ายตนเองแล้ว	มีการตรวจคัดกรองเฝ้าระวังเชิงรุกในโรงเรียน พบภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและได้รับการดูแลตามแนวทางอย่างรวดเร็ว
6. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย	พบแนวโน้มวัยรุ่นทำร้ายตนเองและพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น	ไม่พบการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และไม่พบการฆ่าตัวตายสำเร็จในช่วงการศึกษา
7. ความพึงพอใจของเครือข่าย	อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง	ความพึงพอใจของเครือข่ายอยู่ในระดับมากในทุกด้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น สามารถสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบตามวงจร PDCA และการมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนารูปแบบโดยกระบวนการ วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และวงจรคุณภาพ PDCA ช่วยให้การคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.94 เป็นร้อยละ 85.58 สอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[10] ที่อธิบายว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมช่วยให้เกิดการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาในบริบทพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของศรีไพร ทองนิมิต[11] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังที่ชัดเจนในสถานศึกษาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลนักเรียนได้ดีกว่าระบบเดิมที่ขาดความเชื่อมโยง

2. สถานการณ์และความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น จากการคัดกรองนักเรียน 594 คน พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 48.82 และปานกลาง ร้อยละ 41.24 ตัวเลขความชุกนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิมลวรรณ ปัญญาว่อง และคณะ[8] ที่สำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย (PHQ-A ≥ 10) อยู่ที่ร้อยละ 17.5 และภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยสูงถึงร้อยละ 49.8 สะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่เปราะบางและต้องการระบบเฝ้าระวังที่เข้าถึงได้ง่ายในโรงเรียน ตามข้อเสนอแนะของ วราวรรณ สุทธิประภา และคณะ[12]

3. การป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายและการส่งต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเน้นการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงเรียนและโรงพยาบาล ทำให้ไม่พบการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหรือการฆ่าตัวตายสำเร็จในช่วงการศึกษา ผลลัพธ์นี้ยืนยันความสำคัญของการตรวจพบตั้งแต่ระยะแรก (Early Detection) ตามแนวทางของ องค์การอนามัยโลก WHO[1] ที่ระบุว่าการคัด

กรองและการช่วยเหลือที่รวดเร็วเป็นกลไกสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ การมีภาคีเครือข่ายติดตามดูแลต่อเนื่องสอดคล้องกับแนวคิดของ Chen และคณะ [5] ที่เน้นว่าหน้าที่ของครอบครัวและระบบสนับสนุนมีส่วนสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

4. ความพึงพอใจและการยอมรับรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการสร้างความรู้และความชัดเจนในช่องทางการส่งต่อ ปัญหาก่อนพัฒนาคือเครือข่ายขาดความมั่นใจและขาดความรู้ในการให้คำแนะนำ การพัฒนาศักยภาพผ่านการอบรมจึงเป็นกุญแจสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลจิตเวชตามที่ สมรทิพย์ วิภาวนิช[13] ได้เสนอไว้ว่าพยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่ายในโรงเรียนเพื่อการป้องกันเชิงรุก

ข้อเสนอแนะ

1. การบูรณาการเข้ากับระบบอนามัยโรงเรียน นโยบายคัดกรองประจำปี ควรกำหนดให้การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินมาตรฐาน เช่น PHQ-A เป็นกิจกรรมหลักในแผนอนามัยโรงเรียนประจำปี เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การสนับสนุนงบประมาณ จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการอบรมพัฒนาศักยภาพครูและแกนนำนักเรียนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความพร้อมในการให้คำปรึกษาเบื้องต้น (First Aid Mental Health)

2. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศร่วมกัน (Digital Connection) ระบบ Referral ที่เป็นดิจิทัล พัฒนาช่องทางการส่งต่อข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างโรงเรียนและหน่วยบริการสาธารณสุขให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อความรวดเร็วและรักษาความลับของผู้ป่วย การติดตามผลระยะยาว ใช้เทคโนโลยีแอปพลิเคชันหรือระบบออนไลน์มาช่วยในการติดตามอาการนักเรียนกลุ่มเสี่ยง (Follow-up) เพื่อลดภาระงานเอกสารและเพิ่มความแม่นยำในการดูแล

3. การสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย (Strengthening Networks) กลไกคณะทำงานระดับอำเภอ ควรมีการจัดตั้งคณะทำงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในระดับอำเภอที่มีองค์ประกอบของทีมสหวิชาชีพและภาคส่วนต่าง ๆ อย่างชัดเจน เพื่อประสานงานในกรณีเคสที่มีความซับซ้อน ชุมชนมีส่วนร่วม ส่งเสริมให้ อสม. และผู้นำชุมชน มีบทบาทในการเฝ้าระวังและติดตามดูแลวัยรุ่นต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาจิตใจ

กิตติกรรมประกาศ

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณ ผู้บริหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฝาง ผู้อำนวยการโรงเรียนฝางวิทยายน ที่ให้โอกาสได้พัฒนารูปแบบบริการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนมัธยมศึกษา ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน รวมทั้งขอขอบคุณสหวิชาชีพ เครือข่ายทุกภาคส่วน และนักเรียน ที่ร่วมออกแบบระบบบริการ และให้ข้อเสนอแนะจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024 Mar 1]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression
2. World Health Organization. Suicide [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024 Mar 1]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide
3. กัญญา อภิพรชัยสกุล. สุขภาพคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealthreport.com

4. สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข, สุพร อภินันทเวช. การฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในประเทศไทย: อุบัติการณ์สาเหตุและการป้องกัน. เวชบันทึกศิริราช. 2563;13(1):40-7.
5. Chen M, Zhou Y, Luo D, Yan S, Liu M, Wang M, et al. Association of family function and suicide risk in teenagers with a history of self-harm behaviors: mediating role of subjective wellbeing and depression. Front Public Health. 2023;11:1164999.
6. World Health Organization. Fact sheet: depression [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2023 Jan 20]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression
7. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย 2565 [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ก.ค. 29]. เข้าถึงได้จาก: https://suicide.dmh.go.th/
8. วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย: การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563;28:136-49.
9. กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น อายุไม่เกิน 18 ปี [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: กรมสุขภาพจิต; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ต.ค.]. เข้าถึงได้จาก: https://checkin.dmh.go.th/dashboards/dash01
10.Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: communicative action and the public sphere. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. The SAGE handbook of qualitative research. 3rd ed. London: SAGE Publications; 2005
11. ศรีไพร ทองนิมิต. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลโรคซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. 2566;8(1):220-31.
12. วราวรรณ สุทธิประภา, พัชรี ด้วงคำจันทร์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา เขตอำเภอเมืองเพชรบูรณ์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2567;8(1):1-16.
13. สมรทิพย์ วิภาวนิช. บทบาทพยาบาลจิตเวชในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2567;18(1):72-82.

การบังคับใช้กฎหมายกัญชาและกัญชงในประเทศไทย: ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ
Enforcement of Cannabis and Hemp Laws in Thailand: Challenges, Obstacles, and Recommendations.

(Received: January 12,2026 ; Revised: January 16,2026 ; Accepted: February 7,2026)

รสสุคนธ์ ธนธีระบรรจง[1] ศิริรัตน์ ชูสกุลเกรียง[2]
Rossukhon Thanatheerabunjong[1] Sirirat Choosakoonkriang[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการบังคับใช้กฎหมายกัญชาและกัญชง ในประเทศไทย โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข 3 คน เจ้าหน้าที่กระทรวงยุติธรรม 1 คน และเจ้าหน้าที่สำนักงานตำรวจแห่งชาติ 2 คน

ผลการศึกษาเผยให้เห็นว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายกัญชาและกัญชงของเจ้าหน้าที่ยังไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นที่ยังสับสนในขั้นตอนการอนุญาต และการควบคุมการใช้กัญชาในพื้นที่ นอกจากนี้ ปัญหาและอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ กฎหมายไม่ชัดเจนและบทลงโทษ ไม่รุนแรง การบังคับใช้กฎหมายซับซ้อนเนื่องจากต้องประสานหลายหน่วยงาน กฎหมายไม่ครอบคลุมกรณีการใช้ผิดประเภท และข้อจำกัดเชิงปฏิบัติ เช่น การตรวจสารเสพติดและการขาดงบประมาณสนับสนุน การศึกษาเสนอแนวทางการปรับปรุง ได้แก่ การตราพระราชบัญญัติกัญชาและกัญชงเฉพาะเพื่อสร้างมาตรฐานทางกฎหมาย การกำกับดูแลการใช้ทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ การอบรมและถ่ายทอดข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่เพื่อลดความคลาดเคลื่อน การลดความซ้ำซ้อนของข้อบังคับย่อย และการติดตามผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม

คำสำคัญ: กัญชา กัญชง กฎหมาย การบังคับใช้ การสัมภาษณ์เชิงลึก

ABSTACT

This study aims to examine the challenges, obstacles, and recommendations for enforcing cannabis and hemp laws in Thailand. In-depth interviews with six officials involved in law enforcement were conducted, including three from the Ministry of Public Health, one from the Ministry of Justice, and two from the Royal Thai Police.

The findings indicate that understanding of cannabis and hemp regulations among officials remains uneven, particularly at the local level, where confusion exists regarding licensing procedures and usage control Key obstacles identified include unclear legislation and insufficient penalties, complex enforcement requiring coordination among multiple agencies, limited coverage of improper use cases, and practical constraints such as drug testing and budget limitations. The study recommends enacting a dedicated Cannabis and Hemp Act to provide clear legal standards, implementing systematic medical-use oversight, enhancing training and information dissemination for officials, reducing overlapping sub-regulations, and monitoring health and social impacts.

Keywords: Cannabis, Hemp, Law enforcement, Policy implementation, In-depth interviews

บทนำ

นโยบายการพัฒนาประเทศของรัฐบาลไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาได้ให้ความสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนผ่านการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและนวัตกรรมด้านสุขภาพ โดย เฉพาะการผลักดันให้กัญชาและกัญชงเป็นพืชสมุนไพรที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ทั้งทางการแพทย์และเศรษฐกิจได้อย่างถูกต้องและ

[1] นักศึกษาในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชานิติวิทยาศาสตร์และงานยุติธรรม คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
[2] ภาควิชาเคมี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปลอดภัยตามคำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ซึ่งระบุถึงการพัฒนาภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยและการศึกษาวิจัยกัญชา กัญชง และพืชสมุนไพรเพื่อสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจ[1] อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดตั้ง“สถาบันกัญชาทางการแพทย์”เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการกำกับดูแล และส่งเสริมการใช้กัญชาในระบบสุขภาพ [2]

กัญชา (Cannabis sativa L.) และกัญชง จัดเป็นพืชสมุนไพรที่มีการใช้มาอย่างยาวนานทั้งในเชิงเศรษฐกิจและการแพทย์หลักฐานทางประวัติศาสตร์ระบุว่ามนุษย์รู้จักและใช้กัญชามานานกว่า 10,000 ปี ไม่ว่าจะเป็นการนำมาใช้เป็นเส้นใย อาหาร หรือยาสมุนไพร[3] โดยเฉพาะการใช้เพื่อการบำบัดรักษาโรคต่างๆ เช่น ข้ออักเสบ ลมชัก และ ไมเกรน[4] อย่างไรก็ตาม ในช่วงกลางคริสต์ศตวรรษ ที่ 20 กัญชาถูกจัดเป็น ยาเสพติดภายใต้อนุสัญญาระหว่างประเทศ เช่น อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยการควบคุมยาเสพติด ค.ศ. 1961[5] ส่งผลให้หลายประเทศจำกัดการใช้กัญชาในทางการแพทย์

ปัจจุบัน สถานะทางกฎหมายของกัญชาในหลายประเทศเริ่มเปลี่ยนแปลง โดยบางประเทศได้อนุญาตให้ใช้เพื่อการแพทย์หรือแม้กระทั่งเพื่อสันทนาการ เช่น แคนาดาและบางมลรัฐของสหรัฐอเมริกา[6] ขณะที่ประเทศไทยได้มีการปฏิรูประบบกฎหมายยาเสพติด โดยการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2565 ที่กำหนดให้ “กัญชาเฉพาะส่วนของช่อดอก” เป็นสมุนไพรควบคุม[7] การปรับเปลี่ยนสถานะทางกฎหมายดังกล่าวถือเป็นการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของระบบกำกับดูแล

ประเทศไทยมีความเคลื่อนไหวด้านกฎหมายและนโยบายกัญชาทางการแพทย์และกัญชงมาอย่างต่อเนื่อง โดยก่อนการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 กัญชาและพืชกระท่อมถูกจัดอยู่ในประเภท 5 ของยาเสพติดให้โทษ ซึ่งห้ามมิให้บุคคลทั่วไปเสพครอบครอง หรือใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ โดยมีโทษทางกฎหมายทั้งต่อผู้เสพและผู้ครอบครอง [9] อย่างไรก็ตาม การวิจัยทางวิทยาศาสตร์และการทดลองทางคลินิกชี้ให้เห็นว่าสารสกัดจากกัญชาและพืชกระท่อมมีคุณประโยชน์ต่อการรักษาโรคหลายประเภท ดังนั้น รัฐบาลจึงได้ปรับปรุงกฎหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้กัญชาเพื่อการรักษาได้ภายใต้การดูแลของแพทย์ที่ได้รับอนุญาต พร้อมทั้งเพื่อส่งเสริมการวิจัยและพัฒนากัญชาในทางการแพทย์อย่างถูกต้องตามกฎหมาย [9] ต่อมาได้มี ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้กัญชาเฉพาะตัวสามารถครอบครองกัญชาโดยไม่ต้องรับโทษ และกำหนดเกณฑ์การครอบครองเพื่อใช้รักษาโรคเฉพาะตัว รวมถึงการแจ้งครอบครองต่อหน่วยงานรัฐ และข้อจำกัดปริมาณการใช้ให้เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย [10]

รัฐบาลยังได้สนับสนุนนโยบายการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการใช้กัญชา กัญชง และสมุนไพรทางการแพทย์ เพื่อนำไปสู่การสร้างรายได้และเศรษฐกิจชุมชน[9] โดยมีกฎหมายรองรับและประกาศกระทรวงสาธารณสุขต่อเนื่อง เช่น การกำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมเพื่อใช้ในการรักษาและการวิจัย [10,11,12,13]

นอกจากนี้ ประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนการจัดประเภทกัญชาจาก ยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เป็น สมุนไพรควบคุม เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนและ ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถศึกษาวิจัย ส่งออก แปรรูป และใช้ประโยชน์จากกัญชาอย่างถูกกฎหมาย ภายใต้เงื่อนไขการควบคุมปริมาณและการอนุญาตตามมาตรา 46 ของพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 [12,13] นโยบายและกฎหมายดังกล่าวสอดคล้องกับอนุสัญญาสหประชาชาติ ที่ไทยเป็นภาคี เช่น

1. อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. และพิธีสารแก้ไข ค.ศ.

2. อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ.

3. อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิต และประสาท ค.ศ.

4. อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านอาชญากรรมข้ามชาติ ค.ศ. การบังคับใช้กฎหมายและการปรับปรุงนโยบายกัญชาในประเทศไทยจึงเป็นทั้งการคุ้มครองผู้ป่วย การสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาและการปรับตัวให้สอดคล้องกับสนธิสัญญาระหว่างประเทศ [12]

พัฒนาการด้านกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาและกัญชงในประเทศไทยมีความเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตลอดทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความพยายามของรัฐในการปรับสมดุลระหว่างการคุ้มครองสาธารณสุข การส่งเสริมเศรษฐกิจ และการลดผลกระทบทางสังคม โดยมีลำดับเหตุการณ์ที่สำคัญดังนี้

จุดเริ่มต้นของการเปิดทาง (พ.ศ. 2562) ถือเป็นหมุดหมายสำคัญภายหลังการประกาศใช้ *พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562* ที่เปิดโอกาสให้กัญชาและกระท่อมสามารถนำมาใช้เพื่อการแพทย์และการวิจัยได้เป็นครั้งแรก โดยมีเจตนารมณ์หลักเพื่อการรับรองสิทธิของผู้ป่วยและการสร้างความมั่นคงทางยา พร้อมทั้งมีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขรองรับ อาทิ การผ่อนปรนให้ผู้ป่วยที่ครอบครองกัญชาก่อนกฎหมายมีผลบังคับไม่ต้องรับโทษภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด และการประกาศตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมซึ่งสามารถใช้เพื่อการรักษาหรือการวิจัยได้

ต่อมาใน ช่วงปี พ.ศ. 2562-2562 รัฐบาลได้กำหนดนโยบายเร่งด่วนโดยมีการผลักดันให้เกิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับกัญชา กัญชง และสมุนไพร เพื่อสร้างรายได้และขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทยในอนาคต อีกทั้งยังมีการออกประกาศเพิ่มเติมหลายฉบับ เช่น การกำหนดตำรับยาที่มีส่วนผสมของกัญชาเพิ่มเติม รวมถึงการแยกส่วนต่าง ๆ ของกัญชาและกัญชงที่ไม่จัดเป็นยาเสพติด อาทิ ลำต้น ใบที่ไม่มียอด ช่อดอก และเมล็ดกัญชง

การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่สำคัญเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2564 เมื่อมีการประกาศใช้ *ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564* [14] ซึ่งได้รวมกฎหมายยาเสพติดย่อยเดิมถึง 24 ฉบับเข้าไว้ด้วยกัน ส่งผลให้การกำกับดูแลกัญชาและกัญชงถูกบูรณาการให้อยู่ในกรอบกฎหมายรวมเดียวกัน ถือเป็นจุดเปลี่ยนเชิงระบบที่สำคัญของการจัดการนโยบายด้านนี้

ปี พ.ศ. 2565 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศสำคัญที่นำพืชกัญชาและกัญชงออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 ยกเว้นกรณีสารสกัดที่มีปริมาณสาร THC เกิน 0.2% ส่งผลให้โดยหลักการแล้ว “กัญชา” โดยเฉพาะส่วนใบและลำต้น ไม่ถูกจัดเป็นยาเสพติดอีกต่อไป อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันการใช้ที่ผิดวัตถุประสงค์ รัฐได้ออกประกาศเพิ่มเติมให้ “ช่อดอกกัญชา” อยู่ภายใต้การควบคุมในฐานะสมุนไพรควบคุม โดยกำหนดข้อห้ามที่ชัดเจน เช่น การห้ามขายให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี หญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร รวมทั้งห้ามการสูบในที่สาธารณะ และการบังคับใช้ระบบอนุญาตสำหรับการค้า การวิจัย หรือการส่งออกใน ระหว่างใน ปี พ.ศ. 2565-2568 รัฐได้ดำเนินการปรับปรุงมาตรการกำกับดูแลอย่าง

ต่อเนื่อง ผ่านการทบทวนประกาศสมุนไพรควบคุมหลายครั้ง โดยตอกย้ำให้เฉพาะ “ช่อดอกกัญชา” เป็นสมุนไพรควบคุม พร้อมทั้งเพิ่มเงื่อนไขการอนุญาตเพื่อควบคุมการใช้ ล่าสุดในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 มีการประกาศยืนยันให้ยังคงควบคุมกัญชาเฉพาะในส่วนของช่อดอก โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการใช้ในทางสันทนาการหรือการใช้ที่ไม่เหมาะสม พร้อมทั้งเน้นย้ำการใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ การวิจัย และ การพัฒนาเศรษฐกิจที่ถูกต้องตามกฎหมาย

โดยสรุป พัฒนาการด้านกฎหมายและนโยบายกัญชา–กัญชงของไทยเป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไป โดยเปลี่ยนจากแนวทางการห้ามอย่างเด็ดขาดไปสู่การเปิดช่องทางเพื่อการแพทย์และการวิจัย ก่อนจะปลดล็อกและกำหนดมาตรการควบคุมใหม่ตามสถานการณ์จริง โดยมีจุดเน้นสำคัญในสามมิติ ได้แก่ (1) ด้านสาธารณสุขเพื่อรับรองสิทธิผู้ป่วยและส่งเสริมการแพทย์ทางเลือก(2) ด้านเศรษฐกิจ เพื่อสนับสนุนการวิจัยและอุตสาหกรรมสมุนไพร และ (3) ด้านสังคมและความปลอดภัย เพื่อกำหนดข้อห้ามและกลไกควบคุมมิให้เกิดการใช้ในทางสันทนาการ หรือการใช้ที่ผิดวัตถุประสงค์ อย่างไรก็ตาม การบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาและกัญชงยังคงเผชิญกับข้อท้าทายหลายประการ เนื่องจากกฎหมายมีความหลากหลายและกระจายอยู่ในหลายฉบับ อีกทั้งยังเกี่ยวข้องกับอำนาจหน้าที่ของหลายหน่วยงาน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความซ้ำซ้อนหรือไม่สอดคล้องต่อสภาพการณ์จริง นอกจากนี้ ยังมีความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบต่อสังคม โดยเฉพาะการแพร่กระจายการใช้กัญชาในทางที่ผิด อันอาจนำไปสู่การเสพติดและการเข้าถึงของเยาวชน ซึ่งถือเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการควบคุมอย่างรอบด้าน[8]

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายกัญชาและกัญชง รวมทั้งสำรวจปัญหา อุปสรรค และผลกระทบจากการบังคับใช้กฎหมายในปัจจุบัน เพื่อนำเสนอข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะช่วยสะท้อนสภาพการณ์จริง และเป็นแนวทางสำหรับการปรับปรุงระบบกฎหมายและกลไกการบังคับใช้ให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบังคับใช้กฎหมายกัญชาและกัญชงในมิติทางสังคม กฎหมาย และการปฏิบัติราชการ
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นประสบการณ์และมุมมองของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายกัญชาและกัญชง
3. เพื่อเสนอแนวทางเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกฎหมายและกลไกการบังคับใช้ให้มีความชัดเจน มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ด้วยคำถามกึ่งโครงสร้างปลายเปิด เพื่อศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ในประเทศไทย ที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายกัญชาและกัญชง ทั้งในด้านความเข้าใจต่อกฎหมาย ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การศึกษานี้แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ลักษณะและบทบาทของกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมาย (2) ความเข้าใจต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาและกัญชงและ (3) ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายคือเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่ทำงานโดยตรงกับการบังคับใช้กฎหมายกัญชาและกัญชง โดยใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย (1) เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข (2) เจ้าหน้าที่กระทรวงยุติธรรม และ

(3) เจ้าหน้าที่สำนักงานตำรวจแห่งชาติ รวมทั้งสิ้น 6 คน แบ่งเป็นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลถูกเก็บรวบรวมจากสองแหล่งหลัก ได้แก่ (1) การศึกษาค้นคว้าเอกสาร (Documentary Study) ครอบคลุมตัวบทกฎหมาย บทความวิชาการ เอกสารทางราชการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นฐานความรู้สำหรับกำหนดประเด็นคำถาม และ (2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ด้วยคำถามกึ่งโครงสร้างปลายเปิด ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับความเข้าใจในกฎหมายกัญชาและกัญชง ปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมาย ตลอดจนข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แบบสอบถามแบ่งออกเป็นสองส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ เช่น อายุ ประสบการณ์ทำงาน ตำแหน่งหน้าที่ และหน่วยงาน และ (2) คำถามเชิงลึกว่าด้วยความเข้าใจ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายกัญชาและกัญชง

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความครบถ้วนก่อนนำมาวิเคราะห์ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลักจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ในแต่ละกลุ่ม และจัดหมวดหมู่เป็นประเด็นสำคัญเพื่อนำเสนอผลการวิจัยในเชิงลึก

ผลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบกึ่งโครงสร้างปลายเปิด กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายกัญชาและกัญชงในประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 6 คน ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ทั้งในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ พบผลการศึกษาใน 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) ความเข้าใจในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาและกัญชง (2) ปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมาย และ (3) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายกัญชาและกัญชง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 5 คน (ร้อยละ 83.33) และเพศหญิง 1 คน (ร้อยละ 16.67) หากพิจารณาตามประสบการณ์การทำงาน พบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงาน 25–35 ปี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 33.33) ผู้ที่มีประสบการณ์ 10–20 ปี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 50.00) และผู้ที่มีประสบการณ์ไม่เกิน 5 ปี จำนวน 1 คน (ร้อยละ 16.67) โดยสามารถจำแนกตำแหน่ง หน่วยงาน และข้อมูลพื้นฐานได้ดังแสดงในตารางที่ 1 จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ยตั้งแต่ 4–31 ปี ครอบคลุมทั้งระดับผู้บริหาร

และผู้ปฏิบัติการ ซึ่งช่วยสะท้อนมุมมองจากหลากหลายมิติของการบังคับใช้กฎหมาย

ความเข้าใจในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาและกัญชง

ผลการสัมภาษณ์สะท้อนว่า กลุ่มผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขมีความเข้าใจในกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาและกัญชงในระดับที่ค่อนข้างสูง โดยแม้ในระยะแรกอาจเกิดความไม่ชัดเจน แต่หลังจากดำเนินการไปประมาณ 1 ปี ความเข้าใจในข้อกฎหมายได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาการตีความที่แตกต่างกันของเจ้าหน้าที่ในระดับจังหวัด เช่น ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการขออนุญาตจำหน่ายและการระบุพิกัดสถานที่ปลูกเป็นต้น

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการในระดับสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอส่วนใหญ่มีความเข้าใจกฎหมายเกินร้อยละ 70 แต่บางส่วนยังคงมีข้อสงสัยว่าการอนุญาตให้ปลูกกัญชาจะนำไปสู่การส่งเสริมการใช้เพื่อสันทนาการหรือไม่ ขณะที่หน่วยงานกระทรวงยุติธรรม (ปปส.) มุ่งเน้นการติดตามการใช้สารสกัดที่มีค่า THC เกินร้อยละ 0.2และจัดอยู่ในกลุ่มพืชที่ต้องกำกับดูแลพิเศษของรัฐ โดยไม่ได้มีอำนาจบังคับใช้กฎหมายโดยตรง

ในส่วนของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่างานด้านการปราบปรามและป้องกันได้มีการศึกษากฎหมายใหม่เพื่อปรับตัวแต่ยังมีข้อจำกัดในแง่ความเข้าใจเกี่ยวกับการจับกุมกรณีการใช้กัญชา ซึ่งยังไม่พัฒนามากนัก โดยเฉพาะในสายงานจราจรที่พบปัญหาการบังคับใช้เพียงเล็กน้อย

เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นพ้องว่า หลังจากการประกาศนโยบายปลดล็อกกัญชา ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายเพิ่มขึ้นตามลำดับแต่ยังคงพบความคลาดเคลื่อนในบางระดับโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นที่ยังสับสนในขั้นตอนการอนุญาตและการจำหน่าย ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่ด้านการบังคับใช้กฎหมายยาเสพติดของกระทรวงยุติธรรมและตำรวจส่วนหนึ่งยังเน้นเฉพาะสารสกัดที่มีค่า THC เกินกว่ากำหนด ทำให้บทบาทการควบคุมเชิงปฏิบัติยังไม่ชัดเจน และขาดมาตรฐานร่วมกัน

ปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมายกัญชาและกัญชง

ผลการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายกัญชาและกัญชงสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมาย

ประการแรก กฎหมายยังขาดความชัดเจนและบทลงโทษไม่รุนแรง ส่งผลให้ผู้กระทำผิดไม่เกรงกลัว ต่อมาตรการทางกฎหมาย ตัวอย่างเช่น การจำหน่ายกัญชาโดยไม่ได้รับอนุญาต ซึ่งโทษที่กำหนดมีเพียงการปรับหรือการเพิกถอนใบอนุญาต การบังคับใช้กฎหมายในลักษณะนี้จึงไม่สามารถสร้างความเป็นธรรม และความมีประสิทธิภาพได้อย่างแท้จริง

ประการที่สอง การบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่มีข้อจำกัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถดำเนินคดีได้โดยตรง แต่ต้องประสานกับหน่วยงานอื่น เช่น เทศบาลหรือกรมการปกครอง ทำให้กระบวนการบังคับใช้กฎหมายซับซ้อนและล่าช้า นอกจากนี้ การขาดความชัดเจนในอำนาจหน้าที่ของเจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยงานยังส่งผลให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติ

ประการที่สาม กฎหมายยังไม่ครอบคลุมกรณีการใช้ผิดประเภท เช่น การผสมอาหาร การใช้เพื่อสันทนาการ หรือการก่อเหตุรำคาญในที่สาธารณะ ทำให้เจ้าหน้าที่ขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการจัดการกับกรณีเหล่านี้ การขาดความครอบคลุมของกฎหมายจึงเป็นอุปสรรคต่อการบังคับใช้ที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม

ประการที่สี่ ปัญหาเชิงปฏิบัติของตำรวจ เช่น การตรวจสารเสพติดจากผู้ต้องสงสัยในเวลากลางคืนที่ไม่สามารถออกใบรับรองได้ทันท่วงที ทำให้กระบวนการจับกุมไม่เกิดผลสัมฤทธิ์ อีกทั้งกฎหมายใหม่ยังไม่ชัดเจน ต่อการตีความ จึงทำให้เจ้าหน้าที่บางส่วนลังเลที่จะบังคับใช้กฎหมาย

ส่งผลให้โอกาสในการป้องปรามและควบคุมการกระทำผิดลดลง

โดยรวม ปัญหาและอุปสรรคเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงกฎหมายให้ชัดเจน ครอบคลุม และมีมาตรการบังคับใช้ที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงสนับสนุนเครื่องมือและทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับเจ้าหน้าที่ เพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายกัญชาและกัญชงมีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองต่อบริบททางสังคมได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการบังคับใช้กฎหมายกัญชาและกัญชง

ผลการศึกษาสะท้อนถึงข้อเสนอแนะที่สำคัญในการพัฒนากฎหมายและแนวทางปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ เพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายกัญชาและกัญชงมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อบริบททางสังคมได้อย่างเหมาะสม

ประการแรก คือความจำเป็นในการตราพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง โดยเฉพาะ เพื่อสร้างมาตรฐานทางกฎหมาย ลดความไม่ชัดเจน และเพิ่มความเข้มงวดของบทลงโทษการมีกรอบกฎหมายเฉพาะจะช่วยให้เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานมีแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกัน ลดความซ้ำซ้อนของบทบาทหน้าที่ และสร้างความมั่นใจในการบังคับใช้กฎหมาย

ประการที่สอง การจัดให้มีมาตรการกำกับดูแลการใช้กัญชาและกัญชงทางการแพทย์อย่างเป็นระบบถือเป็นแนวทางที่จำเป็น เช่น การกำหนดวิธีการสั่งจ่ายยาปริมาณที่เหมาะสมและสถานที่ใช้ที่ปลอดภัย ซึ่งจะช่วยให้การใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์เป็นไปอย่างมีมาตรฐานและลดความเสี่ยงต่อการใช้ในเชิงสันทนาการหรือเกิดอันตรายต่อสังคม

ประการที่สาม การสนับสนุนการสะท้อนข้อมูลเชิงปฏิบัติกลับสู่ผู้บังคับใช้กฎหมายเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะข้อมูลที่เชื่อมโยงกับอุบัติเหตุหรือเหตุความเดือดร้อนที่เกิดจากการใช้กัญชา การมีระบบข้อมูลย้อนกลับดังกล่าวจะช่วยให้เจ้าหน้าที่ปรับแนวทางปฏิบัติลดความคลาดเคลื่อนและสามารถตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลจริง

ประการสุดท้าย การลดความซ้ำซ้อนของข้อบังคับย่อย จะช่วยให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่มีความมั่นใจและชัดเจนมากขึ้นการปรับปรุงกฎหมายและแนวทางปฏิบัติให้เรียบง่าย กระชับ และครอบคลุม จะทำให้เจ้าหน้าที่สามารถบังคับใช้กฎหมายได้จริงในพื้นที่ และสร้างความเชื่อมั่นในความเป็นธรรมของกระบวนการ โดยสรุปข้อเสนอแนะเหล่านี้สะท้อนถึงความต้องการการปรับปรุงทั้งในเชิงกฎหมายและการบริหารจัดการเพื่อสร้างมาตรฐาน และเพิ่มประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมายกัญชาและ กัญชง รวมถึงสนับสนุน การใช้กัญชาอย่างปลอดภัย และมีความรับผิดชอบต่อสัง

สรุปและการอภิปรายผล

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงภาพรวมของความเข้าใจและการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ต่อกฎหมายกัญชาและกัญชงในประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชา เช่น การปลดล็อกเพื่อใช้ทางการแพทย์หรือสันทนาการ มักสร้างความท้าทายในการบังคับใช้และการสื่อสารเชิงนโยบาย[15,16] กลุ่มตัวอย่าง เป็นเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายระดับ ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ ซึ่งสะท้อนถึงมุมมองที่หลากหลายต่อการบังคับใช้กฎหมาย ผลนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Korf et al.[17] ที่ระบุว่าความเข้าใจและทัศนคติของเจ้าหน้าที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่และการบังคับใช้กฎหมายกัญชาในระดับท้องถิ่น

แม้เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเพิ่มขึ้นหลังประกาศนโยบายปลดล็อก แต่ยังพบความคลาดเคลื่อน โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น สอดคล้องกับรายงานของ Hall & Weier [18] ที่ชี้ว่าการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาในหลายประเทศมักทำให้เจ้าหน้าที่ระดับท้องถิ่นสับสน เนื่องจากข้อกฎหมายไม่ชัดเจนและยังไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็น

มาตรฐาน ซึ่งผลการวิจัยระบุปัญหาหลัก 4 ด้าน ได้แก่ กฎหมายไม่ชัดเจน บทลงโทษเบา ขาดกลไกปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน และการรับรู้ของสังคมไม่ตรงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Room et al. (2010)[19] ที่ชี้ว่าการบังคับใช้กฎหมายกัญชาในหลายประเทศประสบปัญหาความไม่ชัดเจนในข้อกฎหมาย และความไม่สอดคล้องระหว่างหน่วยงาน รวมถึงการรับรู้ของประชาชนที่แตกต่างกัน นอกจากนี้การขาดเครื่องมือในการตรวจสอบหรือควบคุมการใช้กัญชาในทางปฏิบัติยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pacula et al.[20] ที่พบว่าการบังคับใช้กฎหมายในประเทศที่มีการปลดล็อกกัญชามักขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องอาศัยดุลยพินิจส่วนบุคคล

ผลการศึกษาสะท้อนความเห็นร่วมของเจ้าหน้าที่ว่าควรตราพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง เพื่อกำหนดกรอบการใช้ที่ชัดเจน แยกการใช้ทางการแพทย์และสันทนาการ รวมถึงมาตรการควบคุมและบทลงโทษที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางที่สหภาพยุโรปและสหรัฐอเมริกานำมาใช้ โดยมีการกำหนดมาตรฐานการอนุญาตการควบคุมปริมาณสาร THC และแนวปฏิบัติของเจ้าหน้าที่อย่างชัดเจน [21]

โดยสรุป การวิจัยพบว่า แม้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายกัญชาและกัญชงมีความเข้าใจในภาพรวมของกฎหมาย แต่ยังคงมีปัญหาความไม่ชัดเจนในการตีความ บทลงโทษที่ไม่รุนแรงเพียงพอและข้อจำกัดเชิงปฏิบัติในกระบวนการบังคับใช้กฎหมายซึ่งส่งผลให้การควบคุมการใช้กัญชาและกัญชงในประเทศไทย ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่คาดหวัง จึงจำเป็นต้องมีการตรากฎหมายเฉพาะที่ครอบคลุมและมีมาตรฐานรวมทั้งสนับสนุนกลไกการปฏิบัติที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาจริงในสังคมไทย

ข้อเสนอแนะ

เพื่อพัฒนาการบังคับใช้กฎหมายกัญชาและกัญชงให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยต่อสังคม งานวิจัยครั้งนี้เสนอแนวทางสำคัญหลายประการ ได้แก่ การตราพระราชบัญญัติกัญชาและกัญชงเฉพาะ เพื่อสร้างความชัดเจนและมาตรฐานในการบังคับใช้กฎหมาย การกำหนดมาตรการควบคุมการใช้ทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ ทั้งเรื่องปริมาณ การสั่งจ่าย และสถานที่ใช้ที่ปลอดภัย รวมถึงการพัฒนากลไกถ่ายทอดข้อมูลและการอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อเพิ่มความเข้าใจและทักษะในการปฏิบัติหน้าที่ การลดความซ้ำซ้อนของข้อบังคับย่อยและการสร้างแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในพื้นที่จะช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถบังคับใช้กฎหมายได้จริงและสุดท้ายการติดตามและประเมินผลกระทบของการใช้กัญชาและกัญชงต่อสุขภาพและสังคมจะช่วยให้สามารถปรับปรุงนโยบาย และแนวทางปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2562). คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ต่อรัฐสภา. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานการประชุมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามนโยบายกัญชาทางการแพทย์. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
3. Russo, E. B. (2007). History of cannabis and its preparations in saga, science, and sobriquet. Chemistry & Biodiversity, 4(8), 1614–1648. from https://doi.org/10.1002/cbdv.200790144
4. Zuardi, A. W. (2006). History of cannabis as a medicine: A review. Revista Brasileira de Psiquiatria, 28(2), 153–157. from https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000200015
5. United Nations. (1961). Single convention on narcotic drugs, 1961
6. Hall, W., & Lynskey, M. (2020). Assessing the public health impacts of legalizing recreational cannabis use: The US experience. World Psychiatry, 19(2), 179–186. From https://doi.org/10.1002/wps.20735

7. ราชกิจจานุเบกษา. (2565). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 272 ง.
8. New York: United Nations. World Health Organization. (2016). The health and social effects of nonmedical cannabis use. Geneva: WHO.
9. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562,ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 19 ก, 18 กุมภาพันธ์ 2562.
10. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การครอบครองกัญชาของผู้ป่วยเพื่อการรักษา, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนพิเศษ 69 ง, 19 มีนาคม 2562.
11. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 พ.ศ. 2563, ราชกิจจานุเบกษา หน้า 33 เล่ม 137 ตอนพิเศษ 290 ง ลงวันที่ 14 ธันวาคม 2563
12. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดให้กัญชาเป็นสมุนไพรควบคุม, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 118 ง, 16 มิถุนายน 2565.
13. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา), ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 142 ตอนพิเศษ (มิถุนายน 2568).
14. ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนที่ 123 ก, 8 พฤศจิกายน 2564.
15. Boni, M., Gabriele, S., & Rossi, G. (2020). Legal frameworks and local enforcement challenges of cannabis regulation. Journal of Drug Policy Analysis, 13(2), 45–58.
16. Smart, R., & Pacula, R. L. (2019). Early evidence of the impact of cannabis legalization on cannabis use, cannabis-related harms, and the cannabis market. Journal of Policy Analysis and Management, 38(3), 520–537.
17. Korf, D. J., et al. (2021). Local law enforcement and cannabis regulation: Lessons from Europe. International Journal of Drug Policy, 93, 103–112.
18. Hall, W., & Weier, M. (2015). Assessing the public health impacts of legalizing recreational cannabis use: The US experience. World Psychiatry, 14(2), 236–243.
19. Room, R., Fischer, B., Hall, W., Lenton, S., & Reuter, P. (2010). Cannabis policy: Moving beyond stalemate. Oxford University Press.
20. Pacula, R. L., Kilmer, B., Wagenaar, A. C., Chaloupka, F. J., & Caulkins, J. P. (2014). Developing public health regulations for marijuana: Lessons from alcohol and tobacco. American
21. Caulkins, J. P., Kilmer, B., & Kleiman, M. A. R. (2016). Marijuana legalization: What everyone needs to know. Oxford University Press. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2021). Medical cannabis and cannabinoids: Public health and regulatory perspectives. EMCDDA. Journal of Public Health, 104(6), 1021–1028

การสังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด : กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี

A SYNTHESIS OF A MANAGEMENT MODEL FOR THE DISTRICT HEALTH SYSTEM AFTER THE DEVOLUTION OF SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTION HOSPITALS TO PROVINCIAL ADMINISTRATIVE ORGANIZATION : A CASE STUDY CHONBURI PROVINCE.

(Received: March 7,2026 ; Revised: March 11,2026 ; Accepted: March 17,2026)

กิตติ บุญรัตนเนตร[1]
KITTI BUNRATNET[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่องการสังเคราะห์รูปแบบการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ การสังเคราะห์รูปแบบการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ และการพัฒนาการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวม 130 คน

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ กลุ่มตัวอย่าง มีการทบทวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานทุกปี และดำเนินงานตามนโยบาย ร้อยละ 100 ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 100 ประสานการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่าย ร้อยละ 100 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรับบทบาทจากการสั่งการเป็นการประสานงาน เกิดความยืดหยุ่นในการทำงาน แต่มีข้อจำกัดด้านการติดตามและประเมินผล การจัดบริการเปลี่ยนจากการให้บริการตรงเป็นการกำกับดูแล สนับสนุน ส่งผลต่อมาตรฐานบริการ เนื่องจากขาดบุคลากรเฉพาะทาง เช่น นิติกร เภสัชกร แพทย์แผนไทย และงบประมาณที่จำกัด ทำให้ไม่สามารถควบคุมคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ,สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ,การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ,องค์การบริหารส่วนจังหวัด

Abstract

This research aimed to synthesize of a management model for district health system after the devolution of Sub-district Health Promotion Hospitals to the Chonburi Provincial Administrative Organization. The objective were to study the current situation of district health system management, to synthesize an effective management model, and develop the district health system after the devolution. The research employed participatory action research and mixed-methods approaches. Data were collected from both quantitative and qualitative sources, involving 130 participants, including district public health officers, directors of Sub-district Health Promoting Hospitals, directors of community hospitals, and operational staff from the District Public Health Office.

Quantitative findings revealed that, after the transfer of responsibilities, all respondents (100%) annually reviewed their strategic plans, implemented policies, jointly drove the operations of the District Health Coordinating Committee (DHCC), and coordinated with Sub-district Health Promoting Hospitals and other networks. Qualitative data from interviews indicated that the District Public Health Office shifted its role from command and control to coordination, creating flexibility in operations. However, challenges remained in monitoring and evaluation. Service provision transformed from direct provision to oversight and support roles, which affected service quality standards.

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางละมุงจังหวัดชลบุรี

Contributing factors included a shortage of specialized personnel—such as legal officers, pharmacists, and traditional medicine practitioners—and limited budgets, leading to reduced capacity in quality control.

Keywords : District Health System Management Model ,District Public Health Office , Health of Devolution ,Sub-district Health Promotion Hospitals , Provincial Administrative Organization.

บทนำ

การกระจายอำนาจในประเทศไทยนั้นมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในการถ่ายโอนภารกิจจากกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองท้องถิ่น ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและการให้บริการสุขภาพในระดับท้องถิ่น ผ่านการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจและการจัดการในพื้นที่ของตนเอง เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพและระบบบริการปฐมภูมิต่อการถ่ายโอนภารกิจจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ยังต้องเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ อาทิเช่น งบประมาณ กำลังคน และการประสานงาน[1]

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัย จำนวน 27 แห่งในปี พ.ศ. 2551 , จำนวน 19 แห่งในปี พ.ศ. 2555 , จำนวน 4 แห่งในปี พ.ศ. 2557 , จำนวน 1 แห่งในปี พ.ศ. 2559 , จำนวน 6 แห่งในปี พ.ศ. 2562 และจำนวน 8 แห่งในปี พ.ศ. 2563 รวมทั้งสิ้น 65 แห่ง จากจำนวน 9,787 แห่งทั่วประเทศ ส่วนการถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 มีที่ถ่ายโอนจำนวน 3,264 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.50 จากทั้งหมด 6,872 แห่ง ใน 49 จังหวัด และคิดเป็นร้อยละ 33.39 ของจำนวน 9,775 แห่งทั้งประเทศ บุคลากร รวม 21,829 ราย ประกอบด้วยข้าราชการ 11,992 ราย และประเภทการจ้างงานอื่น 9,837 ราย โดยที่บางจังหวัดมีการถ่ายโอน ไปเพียงบางส่วนตามความพร้อมและความสมัครใจ และมีจังหวัดที่มีการถ่ายโอนไปทั้งหมดจำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น ปราจีนบุรี มุกดาหาร หนองบัวลำภู และสุพรรณบุรี[2] ในปีงบประมาณ 2567 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ที่ถ่ายโอนไปแล้ว จำนวน 4,450 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 46 จาก ทั้งหมด 9,756 แห่ง และมีจังหวัดที่มีการถ่ายโอนไปทั้งหมดเพิ่มอีกจำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ แพร่ กาญจนบุรี ชลบุรี ระยอง ภูเก็ต ปัตตานี ในส่วนของจังหวัดชลบุรี ดำเนินการถ่ายโอนในวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ซึ่งเป็นไปตามมติเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี มีการถ่ายโอน จำนวน 118 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ประกอบด้วย ข้าราชการ 535 ราย พนักงานราชการ 2 ราย พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 118 ราย ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน 27 ราย และประเภทการจ้างงานอื่น 199 ราย รวมทั้งหมด 881 ราย[3]

การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในระบบสุขภาพอำเภออย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลกระทบต่อทั้งระบบสุขภาพโดยรวม โดยมีผลในด้านบวก ได้แก่ การเพิ่มขีดความสามารถในการตัดสินใจของท้องถิ่น การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในชุมชน และยังพบความท้าทายในการประสานงาน ข้อจำกัดด้านงบประมาณ และการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ ในปัจจุบันนี้ พบว่า การบริหารจัดการหลังการถ่ายโอนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดปัญหาในหลายมิติ เช่น การขาดความชัดเจนด้านอำนาจหน้าที่ระหว่าง อบจ. และ สสอ. ความซ้ำซ้อนและช่องว่างในระบบรายงานและการสั่งการ การขาดบุคลากรเฉพาะด้าน ซึ่งกระทบต่อการดำเนินงานที่จำเป็น เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภค งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ[1]

สรุปความสำคัญของการศึกษาครั้งนี้ ภายหลังการถ่ายโอน จังหวัดชลบุรีมีการปรับตัวได้ดี พัฒนากลไกความร่วมมือ จนเกิดรูปแบบการบริหารที่น่าสนใจ แต่ยังไม่มีการจัดระบบความรู้หรืองานวิจัยที่สังเคราะห์รูปแบบการบริหารระบบสุขภาพระดับ

อำเภออย่างเป็นระบบและใช้ได้ทั่วไปในพื้นที่อื่น การศึกษาครั้งนี้ จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบที่เป็นระบบและปรับใช้ได้จริง ในบริบทพื้นที่ต่าง ๆ ลดปัญหาความไม่ชัดเจนและความซ้ำซ้อนในระบบการบริหาร เสริมความเข้มแข็งให้ระบบปฐมภูมิสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเสนอแนวทางเชิงนโยบายที่เอื้อต่อการบริหารระบบสุขภาพ นำไปสู่สุขภาวะที่ดีในระยะยาว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

2. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการบริหารระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดชลบุรี ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

3. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาการบริหารระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดชลบุรี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Method Design) ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในช่วงเวลาเดียวกัน แล้วนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบหรือเสริมกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่รอบด้าน[4]

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ดำเนินการโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับกลุ่มผู้บริหารระดับพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 11 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 10 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเน้นผู้ที่มีบทบาทในการบริหารระบบสุขภาพอำเภอเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดการบริหารของ Gulick และ Urwick (POSDCoRB)[5] เป็นหลักการที่นำมาใช้ในการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบละเอียด (Verbatim) และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Miles & Huberman[6] ได้แก่ การย่อข้อมูล (Data Reduction) การจัดแสดงข้อมูล (Data Display) การสรุปผลและการตรวจสอบข้อมูล (Conclusion Drawing and Verification)

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 99 คน ซึ่งใช้การสุ่มแบบกลุ่มประชากรทั้งหมด (Total Population Sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็น แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะของแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารระบบสุขภาพอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ จำนวน 44 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) ได้แก่ “ปฏิบัติ” กับ “ไม่ปฏิบัติ” คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ การวิเคราะห์ข้อมูล: ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence: IOC) มากกว่า 0.72 ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability): ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha) เท่ากับ 0.8

3. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

3.1 เตรียมความพร้อมและประสานการวิจัย (กันยายน 2567) ประสานงานกับหน่วยงานที่

เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3.2 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (ตุลาคม 2567 – มกราคม 2568) ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 31 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว (Saturation) ใช้เวลาสัมภาษณ์รายบุคคล 30-40 นาที บันทึกเสียงและถอดเทปคำสัมภาษณ์ภายใน 3 วันทำการ

3.3 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (ตุลาคม 2567 – มกราคม 2568) โดยแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง 99 คน และรวบรวมแบบสอบถามภายใน 1 เดือน

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม 2568 โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบข้อมูลในสามมิติ ได้แก่ วิธีการ (Methodological Triangulation) เปรียบเทียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์กับแบบสอบถาม ด้านข้อมูล (Data Triangulation) เปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล หน่วยงาน และช่วงเวลาก่อน - หลังการถ่ายโอนภารกิจ

3.5 การตรวจสอบข้อมูลร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในเดือนเมษายน 2568 ดำเนินการจัดเวทีอภิปรายแบบมีส่วนร่วม (Focus Group Discussion) เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์เบื้องต้นต่อกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง เปิดโอกาสให้เสนอความคิดเห็น ตอบกลับหรือยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่ CBO Rec 67-045 เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่องการสังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด : กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 สภาพปัจจุบันของการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

1. ด้านการวางแผนงาน (Planning) การวางแผนงานด้านสุขภาพระดับอำเภอเป็นหน้าที่ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับนโยบายดำเนินงานแบบบูรณาการ ยึดหลักการบริหารจัดการแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (RBM) โดยวางแผนจากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในบริบทพื้นที่ พร้อมทั้งมีการกำหนดภาระงานตามกรอบวิชาชีพและวางแผนด้านงบประมาณรายจ่ายประจำปี จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่า หน่วยงานในระดับอำเภอมีการจัดทบทวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานทุกปี และขับเคลื่อนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในระดับอำเภอ และดำเนินงานตามนโยบาย (Policy implementation) ของกระทรวงและกรม

2. ด้านการจัดองค์กร (Organizing) โครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังคงใช้กรอบจากสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่มีความยืดหยุ่นโดยสามารถรับบุคลากรสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น นักวิชาการการเงิน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และเจ้าพนักงานธุรการ จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า เสนอให้ปรับปรุงโครงสร้างองค์กรให้สอดรับกับภารกิจที่มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะด้านการกำกับดูแลสถานพยาบาลและการบังคับใช้กฎหมาย เช่น การจัดตำแหน่งนิติกรหรือเภสัชกร เพื่อควบคุมคลินิก ร้านยา และกิจการที่เกี่ยวข้องกับกัญชา ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างมีบทบาทในกลไกคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) และร้อยละ 98.98 มีส่วนร่วมในกลไก พชอ. สะท้อนถึงการเป็นหน่วยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการจัดบุคลากร (Staffing) ดำเนินการจัดบุคลากรตามกรอบโครงสร้าง โดยส่วนใหญ่เป็นการสอบบรรจุเป็นพนักงานกระทรวง และมีการมอบหมายหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร จากการสัมภาษณ์พบว่า การควบคุมคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำเป็นต้องมีบุคลากรที่เพียงพอและเหมาะสม จึงมีข้อเสนอให้กำหนดเกณฑ์ขนาด สสอ. ตามภาระงานและจำนวนบุคลากร ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.98 เป็นพนักงานตามกฎหมายราชการ รองลงมา ร้อยละ 97.97 สนับสนุนการพัฒนา อสม. อย่างต่อเนื่อง และพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้ปฏิบัติงานตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

4. ด้านการอำนวยการหรือการสั่งการ (Directing) ได้เปลี่ยนจากการสั่งการแบบลำดับขั้นมาเป็นการควบคุม กำกับ และสนับสนุน โดยเน้นการประสานงานกับภาคีเครือข่ายผ่านกลไกความร่วมมือ เช่น MOU ในประเด็นสำคัญ เช่น การควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ จากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ร้อยละ 98.98 ร่วมดำเนินงานกับ อบจ. และ อปท. ในพื้นที่ และร้อยละ 97.97 มีบทบาทในการกำกับติดตามคุณภาพบริการ รวมถึงการประเมินความพึงพอใจและข้อร้องเรียนของประชาชน

5. ด้านการประสานงาน (Coordinating) ได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นการประสานงานกับหน่วยงานเครือข่ายสุขภาพ เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างบูรณาการและสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายมีประสิทธิภาพ การประสานงานในลักษณะนี้ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างทีมงาน ลดความขัดแย้ง และเพิ่มความมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ จากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ระบุว่าได้ดำเนินการประสานงานกับ รพ.สต. และภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างใกล้ชิด เพื่อผลักดันให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่

6. ด้านการรายงาน (Reporting) การติดตามและรายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเครื่องมือแดชบอร์ด HDC ซึ่งช่วยให้สามารถวิเคราะห์และควบคุมคุณภาพงานได้ จากการสัมภาษณ์ พบว่า การขาดสายบังคับบัญชาโดยตรง ส่งผลให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นศูนย์กลางของข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและความถูกต้อง แม่นยำของข้อมูล และสรุปผลงานตามภารกิจด้านสาธารณสุข และส่งข้อมูลย้อนกลับให้ รพ.สต. มากที่สุด ร้อยละ 90.90

7. ด้านงบประมาณ (Budgeting) ไม่สามารถบริหารงบประมาณในรูปแบบเครือข่ายได้เช่นเดิม ทำให้การบริหารงบประมาณกลายเป็นความท้าทายใหม่ จากการสัมภาษณ์ พบว่า มีช่องทางหลักในการรับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานปลัดกระทรวง การสนับสนุนจากผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพ การขอรับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากโรงพยาบาลแม่ข่าย CUP มากที่สุด ร้อยละ 87.87 รองลงมาต้องจัดบริการร่วมทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเป็นการจัดหารายได้ของหน่วยงาน ร้อยละ 77.77

ส่วนที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

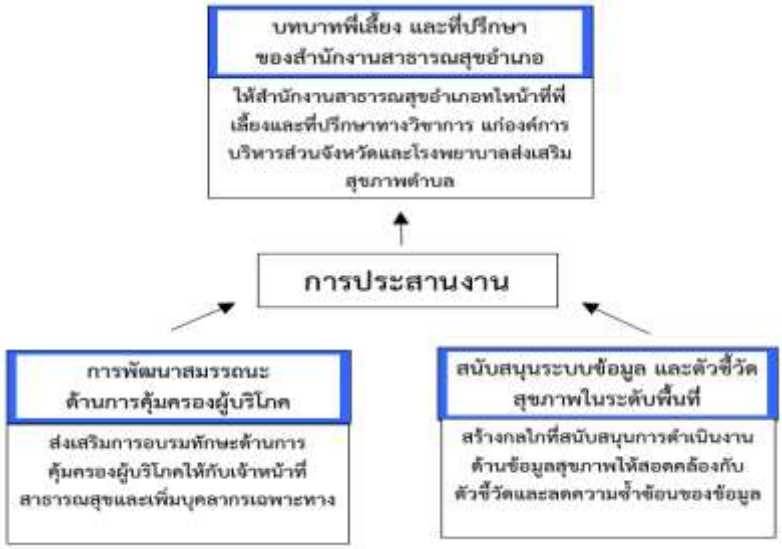
จากการสัมภาษณ์สามารถสังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ ได้ตามประเด็น ดังนี้

1. ด้านการอำนวยการหรือการสั่งการ (Directing) พบว่า บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เปลี่ยนจากการสั่งการเป็นการประสานความร่วมมือ ส่งผลให้การควบคุมงานสุขภาพบางด้านขาดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการติดตามตัวชี้วัดและคุณภาพบริการปฐมภูมิ ขณะเดียวกันภาระงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคเพิ่มขึ้น แต่ขาดกลไกที่ทันสมัย การควบคุมโรคล่าช้า เสี่ยงต่อการระบาด และบริการสุขภาพเชิงรุกลดลง จากการสังเคราะห์ผู้วิจัยเสนอให้ปรับบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นหน่วยประสานและสนับสนุนวิชาการอย่างเป็นระบบ พัฒนากลไกประสานงานร่วม และปรับระบบติดตามให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

2 ด้านการจัดบุคลากร (Staffing) เกิดการขาดแคลนบุคลากรอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่มีกรอบโครงสร้างบุคลากรสายวิชาชีพเฉพาะทาง เช่น นิติกร เภสัชกร และแพทย์แผนไทย ที่มีความสำคัญด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยเฉพาะการควบคุม กำกับ ตรวจสอบ และบังคับใช้กฎหมาย จากการสังเคราะห์ผู้วิจัย เสนอแนะให้มีการกำหนดกรอบอัตรากำลังที่ชัดเจนให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตลอดจนเพิ่มตำแหน่งบุคลากรเฉพาะทาง ส่งเสริมความร่วมมือและการทำงานร่วมกัน

3. ด้านงบประมาณ (Budgeting) พบว่า ปัญหาการบริหารจัดการงบประมาณ เนื่องจากไม่สามารถดำเนินการในรูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอเหมือนที่ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อการจัดการงบประมาณในระดับอำเภอ จากการสังเคราะห์ของผู้วิจัย เสนอแนะให้มีกลไกสนับสนุนช่วงเปลี่ยนผ่านอย่างชัดเจน เช่น งบประมาณเฉพาะกิจ หรือการปรับบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่

ส่วนที่ 3 การพัฒนาการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ



ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยได้เสนอแนวทางการบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอผ่านความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การบริหารส่วนจังหวัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเน้นบทบาทการประสานงาน เสริมสมรรถนะบุคลากรด้านกฎหมายและการคุ้มครองผู้บริโภค เพิ่มบุคลากรเฉพาะทาง สนับสนุนระบบข้อมูลและตัวชี้วัดสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ลดความซ้ำซ้อนข้อมูล และส่งเสริมบทบาทในฐานะพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาทางวิชาการเพื่อสนับสนุนนวัตกรรมและการวิจัยในพื้นที่

สรุปและอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 การบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ส่งผลต่อการบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่ต้องปรับตัวในหลายมิติ ด้านการวางแผนงาน พบว่า ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดทำแผนงานและยุทธศาสตร์สุขภาพระดับพื้นที่ สอดคล้องกับแนวคิดของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ[1] ที่เสนอให้การวางแผนสาธารณสุขควรใช้ข้อมูลเชิงระบบร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น และส่งเสริมการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ด้าน

การจัดองค์การ ที่ยืดหยุ่นเพื่อรองรับภารกิจใหม่ โดยหลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อนกับภารกิจของส่วนกลาง ซึ่งสะท้อนแนวคิดการกระจายอำนาจเชิงโครงสร้าง ที่สอดคล้องกับณัฐพล สมบูรณ์[7] ระบุว่าหน่วยงานที่สามารถจัดโครงสร้างองค์กรให้ชัดเจนและตอบสนองต่อบทบาทใหม่ จะสามารถบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้านการจัดบุคลากร ยังคงประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางในสายงานวิชาชีพที่จำเป็น เช่น นิติกร เภสัชกร และแพทย์แผนไทย สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ[1] ที่พบว่า หน่วยงานระดับอำเภอมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานเชิงวิชาการและการควบคุมมาตรฐาน เนื่องจากกำลังคนไม่เพียงพอ ด้านอำนวยการหรือการสั่งการ พบบทบาทในการสนับสนุนและส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ โดยยึดหลักความเท่าเทียม สร้างความสัมพันธ์เชิงบวก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ทัศนีย์ กาญจนโอภาษ และคณะ[8] ที่ชี้ว่า ผู้นำแบบเอื้ออำนวย Facilitative Leadership มีบทบาทสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือในระบบสุขภาพท้องถิ่น ด้านการประสานงาน พบว่ามีการใช้กลไกการประชุม เวทีแลกเปลี่ยน การสื่อสารออนไลน์ และการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเสริมสร้าง Collaborative Governance อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับงานของ สุรเดช หงษ์ทอง และคณะ[9] กล่าวว่า การประสานข้อมูลอย่างสม่ำเสมอระหว่างภาครัฐและชุมชน เป็นหัวใจของการบริหารระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ด้านการรายงาน พบว่าการใช้ HDC Dashboard เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้การติดตามตัวชี้วัดมีความแม่นยำและโปร่งใสมากขึ้น ซึ่งสะท้อนแนวคิดการบริหารจัดการที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล (Data-Driven Management) ด้านงบประมาณ พบว่ามีความพยายามบริหารงบประมาณอย่างคุ้มค่า แต่การพึ่งพางบประมาณจากส่วนกลางยังคงเป็นข้อจำกัด การสร้างทางเลือกทางการเงิน เช่น การขึ้นทะเบียน สสอ. เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ เพื่อเพิ่มรายได้เสริม สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา และคณะ[1] กล่าวว่างบประมาณดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอลดลงอย่างชัดเจน

การศึกษานี้ผู้วิจัยเห็นว่า การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ แม้จะมีความท้าทาย แต่ก็เป็นโอกาสในการสร้างระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ยืดหยุ่น มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น โดยการบูรณาการระหว่างนโยบายกลางกับภาคท้องถิ่นอย่างสมดุล ผ่านบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ทำหน้าที่ประสานเชื่อมโยง และสนับสนุนเชิงวิชาการเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในระยะยาว

ส่วนที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถสังเคราะห์แนวทางการบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ โดยยึดแนวคิดหลักของการบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยเน้นการบริหารแบบประสานงาน (Facilitative Leadership) มากกว่าการสั่งการแบบเดิม ซึ่งช่วยส่งเสริมความร่วมมือระหว่าง หน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา และคณะ[1] ชี้ว่าแม้ว่าการประสานงานจะช่วยสร้างความร่วมมือในระยะเริ่มต้น แต่ในระยะยาว อาจทำให้การบริหารงานขาดประสิทธิภาพ และไม่สามารถควบคุมผลลัพธ์ได้ตามที่คาดหวัง อย่างไรก็ตามสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังขาดอำนาจควบคุมดูแล ส่งผลให้ประสิทธิภาพการบริหารลดลงในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของกวี ชิ้นจอหอ[10] ที่พบว่า ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำเป็นต้องปรับบทบาทในการเป็นหน่วยงานหลักระดับอำเภอที่ประเมินคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ ให้เป็นไปตามกฎหมาย จึงควรส่งเสริมบทบาทในฐานะพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาทางวิชาการ พร้อมปรับโครงสร้างองค์กรให้ยืดหยุ่นและลดความซ้ำซ้อนกับส่วนกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา และคณะ[1] กล่าวว่า นอกจากนี้ควรเพิ่มบุคลากรเฉพาะทาง เช่น นิติกร และเภสัชกร เพื่อรองรับภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงพัฒนา

ระบบข้อมูลสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และออกแบบงบประมาณที่มีความยืดหยุ่น รองรับสถานการณ์เฉพาะหน้าได้ทันเวลา ทั้งนี้เพื่อให้ระบบสุขภาพระดับอำเภอบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน.

ส่วนที่ 3 การพัฒนาการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ

จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ ส่งผลให้ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีการปรับบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไปสู่การเป็นหน่วยประสานงานเชิงยุทธศาสตร์ โดยเน้นการสนับสนุนวิชาการและบทบาทพี่เลี้ยง พร้อมทั้งเน้นการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่ การเสริมศักยภาพบุคลากร และเพิ่มบุคลากรเฉพาะทาง เช่น นิติกร เภสัชกร และแพทย์แผนไทย เพื่อรองรับภารกิจที่ซับซ้อนมากขึ้น นอกจากนี้ยังเสนอให้มีการทบทวนและปรับกลไกการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ เปรียบเทียบกับผลการวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ[11] ที่ศึกษาเรื่อง “การถ่ายโอนภารกิจสุขภาพสู่ อปท.” พบว่า การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการสนับสนุนระบบข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ระบบสุขภาพชุมชนสามารถบริหารจัดการภารกิจที่ถ่ายโอนมาได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดีขึ้น นอกจากนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[12] พบว่า การเพิ่มบุคลากรเฉพาะทางในระดับพื้นที่ เช่น นักวิชาการสาธารณสุข นิติกร และเภสัชกร มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและการบริหารจัดการงบประมาณ

สรุปผล

ผลการศึกษาพบว่า การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ เป็นทั้งโอกาสและความท้าทายในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอให้มีความยืดหยุ่นและตอบสนองประชาชนได้ดีขึ้น บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรปรับเป็นหน่วยสนับสนุนและประสานงานเชิงวิชาการ พร้อมปรับโครงสร้างอัตรากำลัง และกลไกงบประมาณให้เหมาะสม การบริหารจัดการควรสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และส่งเสริมการทำงานร่วมระหว่างส่วนกลาง ท้องถิ่น และชุมชนเพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพ.

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เน้นการศึกษาจากประสบการณ์ความเข้าใจและความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอบเขตการศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดชลบุรี อาจมีข้อจำกัดในการขยายการศึกษาไปพื้นที่อื่นได้ ผลการศึกษาอาจขึ้นอยู่กับบริบท และช่วงระยะเวลาในการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรปรับบทบาทที่เน้นการสั่งการ เป็นหน่วยสนับสนุนเชิงวิชาการและประสานความร่วมมืออย่างเป็นระบบ โดยพัฒนากลไกการประสานงานกับหน่วยงานเครือข่ายให้มีความต่อเนื่อง และติดตามผลลัพธ์ได้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อรักษาคุณภาพของบริการปฐมภูมิ และการควบคุมโรคในระดับพื้นที่

2. ควรกำหนดกรอบอัตรากำลังบุคลากรให้ชัดเจน ตามภาระงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พร้อมทั้งสนับสนุนการจัดสรรบุคลากรเฉพาะทางที่จำเป็น เพื่อให้สามารถรองรับภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและการบังคับใช้กฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีกลไกงบประมาณเฉพาะกิจในช่วงเปลี่ยนผ่าน เพื่อรองรับภารกิจหลังการถ่ายโอน เช่น งบสนับสนุนเพื่อการควบคุมคุณภาพบริการ หรืองบพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับอำเภอ รวมทั้งพิจารณาการปรับบทบาทการบริหารงบประมาณให้ยืดหยุ่นและสอดคล้องกับโครงสร้างใหม่ในระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบเกี่ยวกับผลลัพธ์และกระบวนการบริหารระบบบริการ

สุขภาพภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในบริบทของจังหวัดที่มีลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จหรืออุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการถ่ายโอนในแต่ละบริบท และนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการบริหารที่มีความเหมาะสม จำเพาะต่อพื้นที่ และสามารถขยายผลได้ในระดับประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ.

2. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือหรือแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อประเมินบทบาทใหม่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ เช่น ระบบติดตามภารกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ระบบวิเคราะห์ช่องว่างบทบาทหน้าที่ (gap analysis) หรือ dashboard สำหรับประเมินภารกิจตามกลุ่มงานที่เหลืออยู่ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปรับตัว และกำหนดบทบาทใหม่ได้อย่างชัดเจน และสอดคล้องกับบริบทของการกระจายอำนาจ

เอกสารอ้างอิง

1. รุ่งนภา จันทรา, ทัศนีย์ เกริกกุลธร, ธัญพร ชื่นกลิ่น, สุชาดา นิ้มวัฒนากุล, อติญาณ์ ศรเกษตริน, รวิวรรณ คำเงิน, บุญประจักษ์ จันทร์วิน. (2566). บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก.
2. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2564). แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด.กรุงเทพฯ: ทำเนียบรัฐบาล.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2566). ประเด็นการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ. การประชุมคณะกรรมการการถ่ายโอน: เรื่อง การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (น.2). ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.
4. Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). Designing and Conducting Mixed Methods Research(3rd ed.). SAGE Publications
5. Gulick, L., & Urwick, L. (Eds.). (1937). Papers on the science of administration. Institute of Public Administration, Columbia University.
6. Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). Qualitative data analysis: An expanded sourcebook (2nd.). SAGE Publications.
7. ณัฐพล สมบูรณ์. (2564). การบริหารจัดการแบบบูรณาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้ภารกิจถ่าย โอนด้านสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
8. ทัศนีย์ กาญจนโอภาษ, สมชาย อินทร์แก้ว, & พิชญา จันทร์เรือง. (2565). ภาวะผู้นำแบบเอื้ออำนวยในองค์กรสุขภาพระดับท้องถิ่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(2), 45–60.
9. สุรเดช หงษ์ทอง, ปัทมา พงษ์พานิช, & จิราพร ชูศรี. (2564). การบริหารร่วมในระบบบริการสุขภาพแบบเครือข่าย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 15(1), 25–40.
10. กวี ชิ้นจอหอ. (2567). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 10(1), 220-243.
11. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2564). การถ่ายโอนภารกิจสุขภาพสู่ อปท. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). รายงานการประเมินการจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่.กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

ปัจจัยที่ส่งผลกับความเครียดของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย เทศบาลเมืองท่าโขลง จังหวัดปทุมธานี

Factors affecting stress levels of garbage collection workers Tha Khlong Town Municipality, Pathum Thani Province.

(Received: January 12,2026 ; Revised: January 15,2026 ; Accepted: January 17,2026)

พรรณธร อ่อนศรี[1] และวัชราภรณ์ ฉุนแสนดี[2]
Phannathon onsri[1] and Vatcharaporn Chunsandee[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey Research by Cross-sectional Study) มีวัตถุประสงค์ระดับความเครียด ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน ปัจจัยส่วนบุคคล กับความเครียดของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย เทศบาลเมืองท่าโขลง จังหวัดปทุมธานี ประชากรที่ศึกษากลุ่มของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย รวมทั้งพนักงานที่ปฏิบัติหน้าที่กวาดถนน และพนักงานขับรถบรรทุกขยะในสังกัดของเทศบาลเมืองท่าโขลง จำนวน 131 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบียนมาตรฐาน สถิติ Independent t-test, One-way Anova และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ลักษณะงาน บทบาทหน้าที่ในองค์กร ส่งผลต่อความเครียดของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย อยู่ในระดับมากที่สุด และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน ความสำเร็จและความก้าวหน้าในอาชีพ โครงสร้างและบรรยากาศในองค์กร ส่งผลต่อความเครียดของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
คำสำคัญ : การปฏิบัติงาน ความเครียด พนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย

Abstract

This study employed a Survey Research by Cross-sectional Study. Its objectives were to examine the level of stress, work-related factors, and personal factors associated with stress among municipal solid waste collection workers in Tha Khlong Municipality, Pathum Thani Province. The study population consisted of 131 municipal solid waste management personnel, including waste collection workers, street sweepers, and garbage truck drivers employed by Tha Khlong Municipality. The research instrument was a structured questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation, as well as independent t-test, one-way analysis of variance (One-way ANOVA), and Pearson's correlation coefficient.

The results indicated that work-related factors, including job characteristics and organizational roles and responsibilities, had the highest level of impact on stress among municipal solid waste collection workers. In addition, interpersonal relationships at work, career achievement and advancement, and organizational structure and climate were found to have a statistically significant effect on stress levels at the 0.05 level.
keyword: Work performance, Stress, Municipal solid waste collection workers

บทนำ

ปัจจุบันโลกมีการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจด้านความก้าวหน้าของเทคโนโลยี เป็นไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงาน องค์กรต่าง ๆ จึงมีการพัฒนา ปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งองค์กรไม่สามารถขับเคลื่อนไปได้โดยปราศจากบุคคลากร ไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารหรือลูกจ้างต่างก็มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนองค์กร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดตามเป้าหมาย แต่เนื่องจากการ

[1] นักศึกษา หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
[2] ปร.ด. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
Corresponding Author: Phannathon onsri; E-mail: nanphannathon@gmail.com

ปฏิบัติงานกับคนจำนวนมากที่มาจากสถานที่ที่ต่างกัน ทั้งด้านครอบครัว ด้านจิตใจ ความรู้ความรู้สึก ความสามารถ ด้วยอายุ และประสบการณ์ทำงาน ส่งผลให้เกิดการเอารัดเอาเปรียบ การกระทบกระทั่ง รวมถึงความไม่เข้าใจกัน และอีกหลายสาเหตุที่พบในองค์กร ตัวบุคคล หากปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไขที่เหมาะสม อาจทำให้บุคคลากรเกิดความท้อแท้ ความกดดัน ความเบื่อหน่าย ซึ่งจะนำไปสู่ความเครียด ในการปฏิบัติงานภายในองค์กร ทำให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานลดลง เกิดข้อผิดพลาด งานเสร็จเกินกว่าที่เวลากำหนด ความเครียดกลายเป็นปัญหาหลักในการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก และกลายเป็นปัญหาสำคัญ นับวันยิ่งทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสามารถวัดได้จากดัชนีชี้วัด ต่างๆ เช่น อุบัติเหตุ อัตราการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น การขาด ลา มาสาย ของพนักงานเพิ่มขึ้นผิดปกติ ความปลอดภัยในที่ทำงานลดลง ผู้ปฏิบัติงานขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ผิดพลาดบ่อย เกิดสภาพและบรรยากาศการทำงานที่ไม่ดี มีเรื่องทะเลาะเบาะแว้ง ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร และผู้มารับบริการถดถอยลง ภาพลักษณ์องค์กรเสื่อมถอย ฯลฯ ตลอดจนความเครียดเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ พึงพอใจ ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุขึ้นอยู่กับบุคคลและลักษณะงานหรือองค์ประกอบต่างๆ เช่น ปัจจัยภายในลักษณะงานบทบาทในองค์กร ความก้าวหน้าในงาน สัมพันธภาพในหน่วยงาน โครงสร้างขององค์กรและบรรยากาศในหน่วยงาน[1]

สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตคนทำงานในประเทศไทย ปี 2566 พบว่า คนไทยในวัยทำงาน 40% มีระดับความเครียดสูง สาเหตุมาจากปัญหาเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน ความเครียดจากการทำงาน การต่อสู้กับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เช่น การทำงานจากที่บ้านและความไม่แน่นอนทางธุรกิจ สอดคล้องกับรายงานผลการประเมินสุขภาพจิตตนเอง 850,000 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - เดือนเมษายน 2567 พบว่า ผู้เข้ารับการประเมินความเสี่ยงป่วยซึมเศร้า 17.2% เครียดสูง 15.4% เสี่ยงฆ่าตัวตาย 10.6%[2] ยิ่งไปกว่านั้น การระบาดของโรค COVID-19 ยังกระตุ้นให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลในกลุ่มประชากรไทยเพิ่มมากขึ้น ผลการสำรวจ พบว่า คนไทยกว่าร้อยละ 52 มีความเครียดเกินกว่าระดับปกติในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19[3]

จังหวัดปทุมธานีมีการประเมินสุขภาพจิตจำนวน 18,628 คน พบว่า เครียดสูง 47.68% เสี่ยงซึมเศร้า 51.70% เสี่ยงฆ่าตัวตาย 32.78% และมีภาวะหมดไฟ 11.28%[2] เทศบาลเมืองท่าโขลง เป็นหน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการประชาชน ประกอบด้วยหลายกอง หลายหน่วยงาน ร่วมถึงงานบริการรักษาความสะอาด กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการเก็บขนมูลฝอยแก่ประชาชนในเขตพื้นที่ อีกทั้งการปฏิบัติงานต้องให้สอดคล้องกับนโยบายของผู้บริหารและถูกต้องตามระเบียบเทศบัญญัติเทศบาลเมืองท่าโขลง ด้วยบทบาทหน้าที่ที่ต้องใกล้ชิดกับประชาชน รวมถึงการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนเกี่ยวกับการจัดเก็บขยะมูลฝอย ส่งผลให้การปฏิบัติงานของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอยถูกตรวจสอบ เรื่องร้องเรียน บางครั้งมีการกระทบกระทั่งกันกับประชาชน ซึ่งเทศบาลเมืองท่าโขลงเป็นพื้นที่เขตอุตสาหกรรมมีประชากรจำนวนมาก จึงถูกร้องเรียนและตำหนิจากประชาชน ส่งผลให้พนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอยเกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะบุคลากรในองค์กรมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรในงานบริการรักษาความสะอาด เนื่องด้วยสถานการณ์ในปัจจุบันมีความเปลี่ยนแปลงตามการเวลา อาจมีแนวโน้ม มีปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงาน และมีความเครียดด้านใดเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สามารถเสนอต่อหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการความเครียดของบุคลากรงานบริการรักษาความสะอาด ส่งผลให้เกิดความสุข ความพึงพอใจ และมีความภูมิใจในการ

ปฏิบัติงานร่วมกับองค์กร งานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุณภาพชีวิตของบุคคลากรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย เทศบาลเมือง ท่าโขลง จังหวัดปทุมธานี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน และปัจจัยส่วนบุคคล กับความเครียดของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย เทศบาลเมืองท่าโขลง จังหวัดปทุมธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey Research by Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ พนักงานให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอย ทั้งเพศชายและหญิง ที่ปฏิบัติงานอยู่ภายใต้สังกัดเทศบาลเมืองท่าโขลง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 144 คน

เกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. มีความสมัครใจหรือยินยอมเข้าร่วมในการเก็บข้อมูลงานวิจัย

2. ปฏิบัติหน้าที่จัดเก็บขยะมูลฝอย อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

3. มีความสามารถอ่านหนังสือออกและเขียนหนังสือได้

4. ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่งงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน รายจ่ายต่อเดือน การดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว การนอนหลับเป็นแบบสอบถามให้เลือกเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ ด้านลักษณะงาน ด้านบทบาท หน้าที่ในองค์กร ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน ด้านความสำเร็จ และความก้าวหน้าในอาชีพ และด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กรเป็นแบบเลือกตอบแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากร Suanprung Stress Test-20 (SPST-20)[4] ของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบประเมินที่ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดสอบ กับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% และข้อคำถามทุกข้อมีความเชื่อถือได้ (Cronbach's alpha) มากกว่า 0.70 จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบวัด (Scale) วัดระดับความเครียด 5 ระดับ ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้ 1 - 5 ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก และรู้สึกเครียดมากที่สุด

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำโดยโปรแกรมและแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องครั้งนี้ได้เท่ากับ 0.6 – 1.00 และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้การวิเคราะห์สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของ (Cronbach's coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยปทุมธานี ผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือถึงนายกเทศมนตรีตำบลท่าโขลง ประกอบด้วยหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัย วัตถุประสงค์ ในการวิจัย

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขั้นตอนการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือจากผู้ร่วมวิจัย โดยลงนามในใบยินยอม การเข้าร่วมวิจัย การยินยอมเพียงฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งผู้วิจัยจะไม่นำมาเข้าร่วมโครงการวิจัย และการดำเนินการวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีข้อบังคับใด ๆ จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการอธิบายลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่งงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน รายจ่ายต่อเดือน การดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว การนอนหลับ นำเสนอข้อมูลด้วย จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างตัวแปรข้อมูลส่วนบุคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่งงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน รายจ่ายต่อเดือน การดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว การนอนหลับ ใช้สถิติ Independent t-test, One-way Anova

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน ได้แก่ ลักษณะงาน บทบาทหน้าที่ในองค์กร สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในการปฏิบัติงาน ความสำเร็จและความก้าวในอาชีพ โครงสร้างและบรรยากาศในองค์กร โดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย โดยการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วย ลงชื่อในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยปทุมธานี

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.30 มีอายุ ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 39.70 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.50 สถานภาพสมรส ร้อยละ 50.40 ศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.90 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานประเภทพนักงานจ้างตามภารกิจ ร้อยละ 51.90 ระยะเวลาการทำงานส่วนใหญ่ 2-5 ปี ร้อยละ 32.10 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 93.90 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 58.80 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.20 และนอนหลับพักผ่อน 6 – 8 ชม. ต่อสัปดาห์ ร้อยละ 58.00

ระดับความเครียด มีการปรากฏระดับต่ำ (= 2.02) และจากรายละเอียดพบว่าโดยส่วนใหญ่ความเครียดเรื่องมีอาการกล้ามเนื้อตึงหรือปวด ที่ระดับการปรากฏในระดับต่ำ (= 3.47) รองลงมาความเครียดเรื่องรายจ่ายมากกว่ารายรับ (เงินไม่พอใช้จ่าย) มีการปรากฏในระดับต่ำ (= 2.85) ความเครียดเรื่องเป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน มีการปรากฏในระดับต่ำ (= 2.79) ความเครียดเรื่องปวดหัวจากความตึงเครียดมีการปรากฏในระดับต่ำ (= 2.65)

และมีการปรากฏในระดับน้อยได้แก่เรื่อง รู้สึกวิตกกังวลที่ระดับการปรากฏในระดับต่ำ (= 1.39) ความเครียดเรื่องตั้งสมาธิลำบาก (= 1.31)

ปัจจัยส่วนบุคคลของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่งงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน รายจ่ายต่อเดือน การดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว การนอนหลับ ที่แตกต่างกัน ความเครียดของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอยไม่แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

พนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอยปัจจัยส่วนบุคคลของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่งงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน รายจ่ายต่อเดือน การดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว การนอนหลับ ที่แตกต่างกัน ความเครียดของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอยไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกัน มีบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกัน ไม่ว่าจะช่วงอายุไหนการปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกัน บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกัน ดังนั้นการปฏิบัติงานร่วมกันในช่วงอายุที่แตกต่างกันจึงส่งผลกับความเครียดไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามยังพบว่าประเภทตำแหน่งงาน มีบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบเหมือนกัน และพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอยทุกคนรับรู้ฐานเงินเดือนของตนเองว่าในแต่ละเดือนเป็นจำนวนเท่าใดจึงสามารถคำนวณรายจ่ายของตนเองได้อย่างพอเพียงกับเงินเดือน รวมถึงการดื่มแอลกอฮอล์ และการพักผ่อนก็ไม่มีแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันความเครียดจะไม่แตกต่างกันเพราะการทำงานในลักษณะงานพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย[5,6,7]

ปัจจัยด้านลักษณะงานแตกต่างกัน ส่งผลกับความเครียดแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาพพจน์ของงานจัดเก็บขยะมูลฝอยคือ งานที่เสี่ยงอันตราย เจอกับสภาพอากาศร้อน รวมทั้งเป็นงานที่ต้องใช้กำลังกายเป็นส่วนใหญ่ งานที่ทำมีลักษณะเฉพาะอาศัยความอดทน และความเข้าใจ ปัจจัยด้านบทบาทและหน้าที่ในองค์กรแตกต่างกันส่งผลกับความเครียดแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องระยะเวลาการปฏิบัติงานที่เร่งรีบ ต้องเผชิญสิ่งปฏิกูล กลิ่น และเสี่ยงอันตรายเจอกับสภาพอากาศร้อน รวมทั้งเป็นงานที่ต้องใช้กำลังกายเป็นส่วนใหญ่

ปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แตกต่างกันส่งผลกับความเครียดแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องระยะเวลาการปฏิบัติงานที่เร่งรีบ ต้องเผชิญสิ่งปฏิกูล กลิ่น และเสี่ยงอันตรายเจอกับสภาพอากาศร้อน รวมทั้งเป็นงานที่ต้องใช้กำลังกายเป็นส่วนใหญ่ และทักษะที่หลากหลาย ด้วยเหตุนี้การปฏิบัติงานจึงมักจะต้องมีการปรึกษาหารือกับเพื่อนร่วมงาน การทำงานเป็นทีม การแบ่งงานที่เหมาะสม การรับข้อมูลที่ถูกต้องและการสนับสนุนกันเมื่อมีปัญหา

ปัจจัยด้านโครงสร้างและบรรยากาศในองค์กรแตกต่างกันส่งผลกับความเครียดแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องระยะเวลาการปฏิบัติงานที่เร่งรีบ ต้องเผชิญสิ่งปฏิกูล กลิ่น และเสี่ยงอันตรายเจอกับสภาพอากาศร้อน รวมทั้งเป็นงานที่ต้องใช้กำลังกายเป็นส่วนใหญ่ และโครงสร้างและบรรยากาศ มีโครงสร้างการบริหาร (Structure) นโยบาย/กฎระเบียบ ระบบการบังคับบัญชา การมีส่วนร่วม การสื่อสารในองค์กร การสนับสนุนด้านทรัพยากร ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของทั้ง 4 ข้อ ข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยความเครียดในการทำงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของพนักงานบริษัทไอทีในเขตกรุงเทพมหานคร[8] พบว่า ปัจจัยความเครียดในการทำงานของพนักงาน ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะงาน ปัจจัยเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในองค์กร ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะองค์กร และปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านความสำเร็จ และความก้าวหน้าในอาชีพ แตกต่างกันส่งผลกับความเครียดแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่อง

ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่เร่งรีบ ต้องเผชิญสิ่งปฏิกูล กลิ่น และเสี่ยงอันตรายเจอกับสภาพอากาศร้อน รวมทั้งเป็นงานที่ต้องใช้กำลังกายเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากลักษณะงานเป็นงานปฏิบัติที่เน้นความชำนาญ ประสบการณ์ และเครื่องมือ มากกว่าการเติบโตในสายงาน ขัดแย้งกับการศึกษาความเครียดภายในองค์การที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัท ไอ.เทค.คอมมูนิเคชั่น จำกัด พบว่า ปัจจัยความเครียดภายในองค์กรด้านโอกาส ก้าวหน้าในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้าม[9]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่ส่งผลกับความเครียดของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย เช่น ปัจจัยด้านสถานแวดล้อมในการปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เป็นต้น

2. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในรูปแบบอื่นนอกเหนือจากการใช้แบบสอบถาม เช่น การสัมภาษณ์เพื่อให้ข้อมูลเชิงลึกครบถ้วน และข้อมูลที่ได้มีความถูกต้อง ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dhem.anamai.moph.go.th/web-upload/78x031ad331bc1fd90f589bc49eb43741fd/202408/m_magazine/37738/5069/file_download/e1f6a31f0cec6f1faec2fe6fc5dfb325.pdf

2.กรมสุขภาพจิต. สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตคนทำงานในประเทศไทย ปี 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.

3.มติชนออนไลน์. สถิติสุขภาพจิตในประเทศไทยประจำปี 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 5 มีนาคม 2568 [เข้าถึงเมื่อ [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: มติชนออนไลน์.

4.กรมสุขภาพจิต. การระบาดของโรค COVID-19. นนทบุรี: กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2567

5.กรมสุขภาพจิต. การประเมินสุขภาพจิตคนไทย ปี 2566–2567 จังหวัดปทุมธานี. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.

6.สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมมาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. วารสารสวนปรุง. 2540;13(3):1-20.

7.พัลพงศ์ สุวรรณวาทิน. การรับรู้ภาระงานและความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน โดยมีการสื่อสารภายในองค์การและความเครียดในการทำงานเป็นตัวแปรกำกับ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

8.เจษฎา คูงามมาก. ความเครียดในการทำงานของอาจารย์มหาวิทยาลัยรัฐ [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถิติประยุกต์]. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2555.

9.ดิษยา โชคสุวรรณลาภ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในการทำงานกับความเครียดของบุคลากรสายสนับสนุน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม [การค้นคว้าอิสระศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2554.

10.กณิศา จิตต์สุภาพรรณ. ปัจจัยความเครียดในการทำงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของพนักงานบริษัทไอทีในเขตกรุงเทพมหานคร [สารนิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.

11.ปวิตรา ลาภละมูล. ความเครียดภายในองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทไอ.เทค.คอมมูนิเคชั่น จำกัด [สารนิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2557.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดชลบุรี

Hyperglycemia Prevention Behaviors of Adult and Elderly Diabetic Patients with Uncontrolled Blood Sugar in the Khlong Tamru Community, Chonburi Province.

(Received: December 11,2025 ; Revised: December 17,2025 ; Accepted: December 22,2025)

สุภาภรณ์ ตันตินันทตระกูล[1] รัศมิ์ลภัส ใจยะสิทธิ์[2]
Supaporn Tantinantrakun[1] Raslapas Jaiyasit[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ชุมชนคลองตำหรุ จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลสูง โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{x}$= 3.25, S.D.= .21) วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง รายด้าน พบว่า ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยา มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเท่ากับ ($\overline{x}$=2.70, S.D.=.27), ($\overline{x}$=2.27, S.D.=.48) ($\overline{x}$= 2.93, S.D.=.56) และ ($\overline{x}$=2.24, S.D.=.35) ตามลำดับ และหาค่าความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อ พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p <.01 p และ<.05

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

Abstract

This study was survey research. Objective to study the hyperglycemia prevention behaviors of adult and elderly diabetic patients with uncontrolled blood sugar in the Khlong Tamru community, Chonburi Province. Sampling: Simple random sampling was employed for sample selection.Data Analysis: Personal factors and hyperglycemia prevention behaviors were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Factors correlated with hyperglycemia prevention behaviors were analyzed using Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient.

\ The study found that the overall hyperglycemia prevention behaviors among adult and elderly diabetic patients were at a moderate level ($\overline{x}$=3.25, SD = 0.21).Analyzing the health behaviors by dimension, the mean scores were found to be at a moderate level (based on the overall categorization) for: Diet ($\overline{x}$= 2.70, SD = 0.27) Exercise ($\overline{x}$= 2.27, SD = 0.48)Stress Management ($\overline{x}$=2.93, SD = 0.56) Medication Intake ($\overline{x}$= 2.24, SD = 0.35). The correlation between hyperglycemic preventive behaviors and uncontrolled blood sugar levels in adult and elderly diabetic patients found that perceived benefits and perceived severity were positively correlated with hyperglycemic preventive behaviors at a statistically significant level of p < .01 and $p < .05 respectively.

Keywords : Diabetes Mellitus, Hyperglycemia Prevention Behaviors, Adult and Elderly

---

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ Corresponding author, Email: raslapas.ja@northbkk.ac.th

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก แนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 537 ล้านคน คาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนภายในปี 2573[1] ประเทศไทยปี พ.ศ 2565 พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก ปี 2564 จำนวน 1.5 แสนคน ในปี พ.ศ 2563 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาท[2] และยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานปี พ.ศ 2566-2564 จำนวน 206,376 คน 427,510 และ 233,802 คน ตามลำดับ พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน ต่อแสนประชากร (2568-2566) 644.19, 604.69และ570.40 ตามลำดับ[3] ในทำนองเดียวกันจังหวัดชลบุรี พบผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานปี พ.ศ 2566-2564 จำนวน 40,099 คน 87,380 คน และ 41,408 คน ตามลำดับ[4] ชุมชนคลองตำหรุเป็นชุมชนหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี พบผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานปี พ.ศ 2564-2566 จำนวน 338, 370 และ 350 ตามลำดับ และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พ.ศ 2564-2566 จำนวน 102, 133 และ 140 ตามลำดับ[5] ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและเป็นอันตรายจากโรคเบาหวาน คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ซึ่งหากไม่ได้รับการควบคุมอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง เบาหวานขึ้นตา และโรคหลอดเลือดสมองได้[6] แม้ปัจจุบันจะมีแนวทางและแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจน ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อย ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในระดับชุมชน ส่วนมากเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว[7]

พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ประกอบด้วย ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ ด้านการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการรับประทานยา จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎี (Health Belief Model: HBM) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคคล ประกอบด้วย 1) Perceived Susceptibility (การรับรู้โอกาสเสี่ยง) บุคคลรับรู้ว่าตนเอง มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากน้อยเพียงใด เช่น มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน, มีน้ำหนักเกิน, รับประทานอาหารหวานบ่อย ฯลฯ 2) Perceived Severity (การรับรู้ความรุนแรง) บุคคลตระหนักว่าภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวาน, โรคไต, โรคหัวใจ ฯลฯ ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตหรือคุณภาพชีวิตลดลง 3) Perceived Benefits (การรับรู้ประโยชน์) การรับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และตรวจสุขภาพ สามารถลดความเสี่ยงได้ 4) Perceived Barriers (การรับรู้อุปสรรค) การตระหนักถึงอุปสรรคที่อาจทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น ไม่มีเวลา, อาหารสุขภาพมีราคาแพง, ขาดแรงจูงใจ 5) Cues to Action (ตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม) ตัวกระตุ้นหรือแรงจูงใจที่ เช่น แพทย์แนะนำ, มีอาการเตือน, สื่อประชาสัมพันธ์ 6) Self-Efficacy (ความเชื่อมั่นในตนเอง) ความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติ เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้ เช่น เชื่อมั่นว่าจะสามารถงดขนมหวานได้ หรือสามารถออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ[8]

จากปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ส่งผลถึงความพิการของอวัยวะต่างๆ ตลอดจนการเสียชีวิต จากสถิติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตำหรุ จังหวัดชลบุรี พ.ศ. 2568 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีจำนวนเพิ่มขึ้น

อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ศูนย์เสียงบประมาณด้านการรักษาจำนวนมาก ผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรทางการศึกษาและด้านสุขภาพ ได้เล็งเห็นถึงปัญหาโรคเบาหวาน วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เพื่อนำผลการศึกษาเป็นข้อมูล ในการพัฒนาด้านการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในชุมชนตำบลคลองตำหรุ จังหวัดชลบุรี และประเมินผลงานด้านวิชาการต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ชุมชนคลองตำหรุ จังหวัดชลบุรี

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และความเชื่อมั่นในตนเอง ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ชุมชนคลองตำหรุ จังหวัดชลบุรี

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป อาศัยในชุมชนคลองตำหรุ จังหวัดชลบุรี มีผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ย้อนหลัง 3 เดือน > 240 mg/dL มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่ ตุลาคม 2563 - ตุลาคม 2567 จำนวน 140 คน (รพ.สต.คลองตำหรุ, 2567)[5]

กลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก โดยเปิดตารางสำเร็จรูปของเครจซีและมอร์แกน กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% จำนวน 103 คน ด้วยวิธีการจับสลาก[9]

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ย้อนหลัง 3 เดือน มากกว่า 240 mg/dL ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยิน พูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่อยู่ระหว่างการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลช่วงการเก็บข้อมูล และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ และมีอาการผิดปกติขณะตอบแบบสัมภาษณ์ เช่น เหงื่อออกตัวเย็น มือสั่น ใจสั่น มึนงงสับสน แขนขาไม่มีแรง ชักและหมดสติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ จำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน วิธีการรักษา และภาวะแทรกซ้อน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 การรับรู้ประโยชน์ จำนวน 10 ข้อ ด้านที่ 2 การรับรู้อุปสรรค จำนวน 13 ข้อ ด้านที่ 3 การรับรู้ความรุนแรง จำนวน 12 ข้อ ด้านที่ 4 ความเชื่อมั่นในตนเอง จำนวน 8 ข้อ ด้านที่ 5 ตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม จำนวน 9 ข้อ และด้านที่ 6 การรับรู้โอกาสเสี่ยง จำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณ ค่า (Rating scales) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปล

ความหมายโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977)[10] แบ่งเป็น 3 ระดับคือ 1) ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 อยู่ใน ระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 อยู่ในระดับน้อย

ชุดที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านความเครียดและด้านรับประทานยา ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scales) 4 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง และน้อย จำนวน 13 ข้อ การแปลความหมายโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977)[10] แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 อยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 อยู่ในระดับไม่ดี

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด จำนวน 3 ชุด หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item - Objective Congruence Index: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 1 คน อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 1 คน และพยาบาลเวชปฏิบัติประจำโรงพยาบาลเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน แบบสัมภาษณ์ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67-1.00 ถือว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่น

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ชุมชนบ้านศาลาคู่ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ถ้าค่ามากกว่า 0.70 ขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์[11] พบว่า แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ เท่ากับ 0.886 การรับรู้อุปสรรค เท่ากับ.914 การรับรู้ความรุนแรง เท่ากับ 0.757 ความเชื่อมั่นในตนเอง เท่ากับ 0.708 ตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เท่ากับ 0.755 การรับรู้โอกาสเสี่ยง เท่ากับ 0.703 และพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เท่ากับ 0.900

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูลโดยประสานงานกับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพคลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี และให้ อสม นำทางไปบ้านกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง ด้วยการแนะนำตัวและบอกวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 20-25 นาที ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านได้หรือมองไม่เห็น ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสัมภาษณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างฟังเป็นผู้ตอบคำถามและผู้วิจัยนำคำตอบมาเขียนในแบบสอบถาม โดยให้อิสระการซักถามและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ ถ้ายินดีเข้าร่วการวิจัยให้ลงนามยินดี เข้าร่วมการวิจัยเมื่อเข้าร่วมโครงการ แล้วกลุ่มตัวอย่างต้องการยุติจะไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เฉพาะในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยนำเสนอเป็นภาพรวม ระยะเวลาในการดำเนิน ระหว่างเดือน สิงหาคม – กันยายน 2568 กลุ่มตัวอย่าง 103 คน และข้อมูลจะถูกนำมาใช้ เฉพาะตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน วิธีการรักษา และภาวะแทรกซ้อน โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และ ค่าสูงสุด

2. การวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)[12]

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เลขที่ NS 16 /2568 (2.3) ลงวันที่ 10 สิงหาคม 2568 สิ้นสุดวันที่ 9 สิงหาคม 2569

ผลการวิจัย

1.ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเพศหญิง ร้อยละ 56.30 เพศชาย ร้อยละ 43.70 อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 60-64 ปี ร้อยละ 76.79 ส่วนน้อยอยู่ในช่วง80-83ปี ร้อยละ 3.88 การศึกษาส่วนมากปฐมศึกษา ร้อยละ 57.30 ส่วนน้อยไม่ได้เรียน ร้อยละ 0.97 อาชีพส่วนมาก อาชีพค้าขาย ร้อยละ 59.22 ส่วนน้อยไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 1.94 รายได้ส่วนมาก 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 38.83 ส่วนน้อย 15,001-20,000 บาท ร้อยละ 2.90 สถานภาพสมรสส่วนมาก เป็นหม้าย ร้อยละ 44.66 ส่วนน้อยคู่ ร้อยละ 2.91 ญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนมากญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 60.19 ส่วนน้อยไม่มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 39.81ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FBS) ส่วนมากอยู่ช่วง 240-280 mg/dl ร้อยละ 76.69 ส่วนน้อยอยู่ในช่วง 361-400 mg/dl ร้อยละ0.97 ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนมากระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 66.01 ส่วนน้อยระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 2.91 การรักษาในปัจจุบันส่วนมากรักษาด้วยยารับประทาน ร้อยละ 96.11 และส่วนน้อยรับการรักษาจากฉีด ร้อยละ 3.87 ภาวะแทรกซ้อนส่วนมากพบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 61.20 ส่วนน้อยไม่พบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 38.80

2. พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{x}$= 3.25, S.D.=. 21) วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านจัดการความเครียดและด้านการรับประทานยา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเท่ากับ ($\overline{x}$=2.70, S.D.=.27), ($\overline{x}$ =2.27, S.D.=.48) ($\overline{x}$ = 2.93, S.D.=.56) และ ($\overline{x}$=2.24, S.D.=.35) ตามลำดับ

3. ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ ($\overline{x}$=3.27, S.D.=.71) การรับรู้อุปสรรค ($\overline{x}$=2.71, S.D.=.70) การรับรู้ความรุนแรง ($\overline{x}$ =3.04, S.D.=.45) ความเชื่อมั่นในตนเอง ($\overline{x}$= 2.50, S.D.=.46) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\overline{x}$=1.43, S.D.=.15) และตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม ($\overline{x}$=2.14, S.D.=.21)

4.ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของกลุ่มตัวอย่าง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p <.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (n=103)

ตัวแปร	สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์	P-value
การรับรู้ประโยชน์	256*	.009
การรับรู้อุปสรรค	-.087	.038
การรับรู้ความรุนแรง	.226*	.002
ความเชื่อมั่นในตนเอง	-.179	.472
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	-.111	.894
สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม	-.060	.549

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

สรุปและอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$= 3.25, S.D.=. 21) อภิปรายได้ว่า ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ด้านอายุกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากอยู่ในช่วง 65-70 ปี รายได้ 5,001-10,000 บาท ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน มากกว่า 5 ปี การรักษาในปัจจุบัน และพบว่า มีโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 61.20 สะท้อนให้เห็นถึงภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ในการดูแลตนเอง ที่ไม่เหมาะด้านพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย ตามอายุขัยที่มากขึ้น นอกจากนั้น ยังพบว่าส่วนมากเป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องดูแลคนในครอบครัว โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ ชุมชนคลองตำหรุอยู่ในพื้นที่มีนิคมอุตสาหกรรมและโรงงานจำนวนมาก เมื่อมีประชากรจำนวนมาก อำนาจการใช้จ่ายสูง นำมาซึ่งค่าครองชีพที่สูง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของแต่ละครัวเรือน เมื่อรายรับไม่สอดคล้องกับรายจ่าย ทำให้กลุ่มตัวอย่าง ต้องหันมาดูแลด้านเศรษฐกิจ ของครอบครัวจนบางครั้งอาจละเลยในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้มากขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานภาพรวมในระดับปานกลาง [13,14,15] จากผลการศึกษาพฤติกรรมรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ ดังนี้

ด้านรับประทานอาหาร ค่าเฉลี่ยอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.70, S.D.=.27) อภิปรายได้ว่า ปัจจุบันพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ของกลุ่มตัวอย่างกับโรคที่เป็นอยู่ลดน้อยลง อาจเนื่องด้วยภาวะเศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายของครอบครัวในปัจจุบัน ส่วนมากกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ 5,001-10,000 บาท จึงต้องปรับตัวเพื่อการอยู่รอด และเหมาะสมต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว จึงส่งผลต่อคุณค่าทางอาหารที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ เน้นที่อาหารราคาถูก แต่ไม่เน้นด้านคุณภาพของชนิดอาหารที่จะส่งผลต่อโรคที่เป็นอยู่ นอนจากนั้นยังพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากมีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 59.22 ด้วยอาชีพค้าขายนำมาซึ่งค่าครองชีพที่สูง ด้วยความรีบเร่ง เมื่อถึงเวลารับประทานอาหาร เลือกอาหารที่สะดวกในขณะนั้น โดยเน้นที่ให้อิ่มท้อง แต่ละเลยต่อคุณค่าของอาหารที่มีผลต่อโรคที่เป็นอยู่ ร่วมกับพฤติกรรมเดิมของกลุ่มตัวอย่าง ชอบรับประทานรสขาติหวาน มัน ส่งผลต่อพฤติกรรมด้านอาหารอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านอาหาร มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน

โรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับ ปานกลาง[16,17,18]

ด้านการออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ย อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.27, S.D.=.48) กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายร้อยละ 59.22 เปิดให้บริการตลอดเวลา ตามช่วงเวลาที่ลูกค้าสะดวก ดังนั้น การวางแผนด้านเวลาการออกกำลังกาย ของกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นช่วงที่ว่างจากไม่มีลูกค้ามารับบริการ ผลคือ ความไม่แน่นอนด้านเวลาการออกกำลังกาย มีผลกระทบต่อการออกกำลังกายเพราะมีแผนการออกกำลังกาย ที่ไม่ชัดเจนและปล่อยไปตามมีตามเกิด ส่งผลให้การออกกำลังกายก็ไม่เป็นไปตามแบบแผนที่วางไว้ ทำให้พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง[18,19,20]

ด้านการจัดการความเครียด ค่าเฉลี่ย อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$= 2.93, S.D.=.56) ด้วยกลุ่มตัวอย่าง มีอาชีพค้าขาย หวังผลกำไรและเมื่อผลกำไรน้อยลง เนื่องจากมีร้านสะดวกซื้อ มาเปิดให้บริการใกล้เคียง ส่งผลให้ผู้รับบริการส่วนใหญ่จึงหันไปใช้บริการที่ร้านสะดวกซื้อ ทำให้รายได้ของกลุ่มตัวอย่างลดลง เมื่อคิดจะเปลี่ยนอาชีพแต่ไม่ทราบจะไปทำอาชีพอะไร สุดท้ายก็เลือกที่จะทำอาชีพเดิมๆ ถึงจะมีรายได้น้อยก็ดีกว่าไม่มีเลย จึงทำให้เกิดภาวะเครียดสะสมได้ สอดคล้องกับการศึกษา เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง[18,19]

ด้านการรับประทานยา ค่าเฉลี่ย อยู่ระดับปานกลางมีแนวโน้มไปทางต่ำ ($\bar{x}$=2.24, S.D.=.35) ด้วยยารักษาโรคเบาหวานมีทั้งยารับประทานก่อนอาหาร หลังอาหารและยาฉีด กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 60-64 ปีร้อยละ 76.79 ซึ่งอยู่ในวัยผู้สูงอายุบางครั้งมีอาการหลงลืม เนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกาย ประกอบกับอาชีพค้าขาย เมื่อมีลูกค้ามารับบริการในช่วงเวลารับประทานยาทำให้กลุ่มตัวอย่าง ต้องไปให้บริการจนบางครั้งหลงลืม การรับประทานยาได้ จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ของกลุ่มตัวอย่างด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับปานกลางมีแนวโน้มไปทางต่ำ[18.20]

2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวก ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ p <.01 และการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวก ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p <.05 อภิปรายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้องของโรคเบาหวาน เมื่อปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง และไม่เหมาะสม จะส่งผลต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ส่งผลให้เกิดความพิการ เสียชีวิต เกิดความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคม แต่เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนลดลง หรือคงที่และสามารถมีอายุยืนยาวได้ นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังพบได้ว่า มีปัจจัยชักนำให้กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น อารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น อาการของโรค ที่มาจากประสบการณ์ของตนเอง หรือการเจ็บป่วยของสมาชิก ในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย โดยทั่วไป ความพอใจที่ยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ ข่าวสาร

คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว การกระตุ้นเตือน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ $p <. 0.01$ และ $p <0.05$[21,22]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง เสนอแนะให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตำหรุ จังหวัดชลบุรี ควรจัดโครงการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้นในผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ และเน้นความเข้มข้นมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยา เพราะถึงแม้พฤติกรรมการรับประทานยา อยู่ในระดับปานกลางแต่มี แนวโน้มไปทางต่ำ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและรักษาให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2ในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะครั้งต่อไป

ควรมีการกระตุ้นให้นักวิจัยจัดทำวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวาน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเน้นปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. (2021). *IDF diabetes atlas (10th ed.).*
2. กระทรวงสาธารณสุข กองโรคไม่ติดต่อ (2565) วันเบาหวานโลก
3. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. (2568) ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ประชากร
4. กระทรวงสาธารณสุข (2567). กลุ่มรายงานมาตรฐาน Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตำหรุ (2567). ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน.
6. American Diabetes Association. (2565). *Standards of medical care in diabetes-2565*.
7. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยฯ, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยฯ, กรมการแพทย์, & สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 (Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023).
8. Becker, M. H. The health belief model and personal health behavior. Health. Education Monographs, (1974).
9. Krejcie R V, Morgan D W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement; 2513; 30(3): 607-10.
10. Best JW. Research in education (3rd ed). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
11. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
12. Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (1998). Applied statistics for behavioral sciences (4th ed.). Rand McNally College Publishing
13. ธานี นามม่วง (2566). ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดสุรินทร์ Academic Journal of Community Public Health; 9(1); 170-180.
14. วิชุดา จันทะศิลป์, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, ทัศพร ชูศักดิ์, รัฐพล ศิลปรัศมี (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จ.นครราชสีมา Regional Health Promotion Center 9 Journal.18 (2)

15. นาตยา พีระวรรณกุล (2565). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น. 2565; 3(3): 38-55.
16. Toomosic S, Pinsuwan A, Aninlabon W, Taptaemtut M. Self-care behavior among patients with type 2 diabetes mellitus at lamae hospital, chumphon province. Journal of Health and Environmental Eucation 2023; 8(4): 692-701.
17. Hanput D, Rahothan N. Self-Care Behaviors of Type 2 Diabetes Patients at Danchang Hospital. Journal of Health and Nursing, Ubon Ratchathani University 2023;2 (2): 127-38.
18. Tantinantrakun S, Yamsri T. The Health Behaviors of Patients with Diabetes Type 2's towards Diabetes Remission Receiving Services from the Primary and Holistic Care Unit, Ban Na Hospital, Nakhon Nayok Province. J Royal Thai Army Nurses. 2025; 26 (2): 229-237.
19. Chantasin W, Banchonhattakit P, Chusak T, Sillaparassamee R. Factors Affecting Self–Care Behaviors of Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Patientsin Nakhon Ratchasima Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2024;18(2): 498-511.
20. Peerawanku N. Self–Care Behavior of Type 2 Diabetes Patients at Prankratai Hospital Kamphaeng Phet Province. Science and Technology Northern Journal 2022; 3(3): 38-55.
21. เลิศวิทย์ เหลือผล (2567). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลอาจสามารถ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 9 (1)
22. มัตนา ภูมิโคกรักษ์ ขวัญชนก สุวรรณ และพรทิพย์ แก้วชิณ (2566). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทัพรั้ง อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน; 6(1): 121-133.

โครงการขยายการพัฒนาเครือข่ายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกและเด็กป่วยใน 13 เขตบริการสุขภาพ: การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกและเด็กป่วย

Expansion of a Breastfeeding Promotion Network for Sick Infants and Children Across 13 Health Service Regions in Thailand: Development of a Nursing Care Model to Promote Breastfeeding Among Ill Infants and Children.

(Received: January 19,2026 ; Revised: January 24,2026 ; Accepted: January 26,2026)

ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ[1] เบญจมาส ทัศนะสุภาพ[2] หทัยทิพย์ โสมดำ[3]
Siriluck Thavonvattana[1] Benjamas Thussanasupap[2] Hataitip Somdam[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกและเด็กป่วยโดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ LOOK-THINK-ACT ของ Stringer และแนวคิด “Ten steps to promote and protect human milk and breastfeeding in vulnerable infants” ของ Spatz เพื่อพัฒนารูปแบบฯ โดยวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับนานาชาติ และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย สูติแพทย์ กุมารแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลทารกและเด็กป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า จากการดำเนินการตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี อัตราการได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของทารกป่วย จากร้อยละ 38.90 ในปี พ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 51.89 ใน ปี พ.ศ. 2564 และจากการดำเนินการตามรูปแบบฯ ขยายผลใน 74 โรงพยาบาลนำร่อง 13 เขตบริการสุขภาพ พบว่า อัตราการได้รับนมแม่อย่างเดียวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ในปี พ.ศ. 2565-2568 เท่ากับ ร้อยละ 54.86, 55.97, 58.67 และ 58.02 ตามลำดับ และอัตราการได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของทารกป่วย เท่ากับ ร้อยละ 38.18, 32.70, 46.00 และ 41.17 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังเกิดตัวชี้วัด (1) อัตราการได้รับนมแม่อย่างเดียวในทารกแรกเกิดป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน และ (2) อัตราการได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในทารกแรกเกิดป่วย บรรจุเข้าสู่แนวทางการตรวจราชการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2567

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, ทารกป่วย, เด็กป่วย, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This project was action research aimed to develop a nursing care model to promote breastfeeding among ill infants and children by applying Stringer’s LOOK–THINK–ACT action research framework in combination with Spatz’s “Ten steps to promote and protect human milk and breastfeeding in vulnerable infants.” The model was developed through a systematic analysis of international evidence and subsequently adapted to the Thai context through a participatory, interprofessional process involving obstetricians, pediatricians, and nurses providing care to ill infants and children. Data were analyzed by descriptive statistic.

The findings demonstrated that implementation of the developed model at the Queen Sirikit National Institute of Child Health resulted in a substantial improvement in exclusive breastfeeding rates at 6 months among ill infants, increasing from 38.90% in 2018 to 51.89% in 2021. Following scale-up of the model across 74 pilot hospitals in all 13 health service regions, exclusive breastfeeding rates at hospital discharge during

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรุงเทพมหานคร; E-mail: siriluck_t@hotmail.com
[2] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ งานการพยาบาลส่งเสริมนมแม่ในเด็กป่วย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรุงเทพมหานคร
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานการพยาบาลส่งเสริมนมแม่ในเด็กป่วย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรุงเทพมหานคร

2022–2025 were 54.86%, 55.97%, 58.67%, and 58.02%, respectively, while exclusive breastfeeding rates at 6 months among ill infants were 38.18%, 32.70%, 46.00%, and 41.17%, respectively. In addition, two indicators—(1) The rate of receiving exclusive breastmilk at discharge and (2) The rate of exclusive breastmilk at 6 months among ill newborns—were formally incorporated into the national inspection guidelines of the Department of Medical Services, Ministry of Public Health, in 2024.

Keywords: breastfeeding, breastfeeding promotion, ill infant, ill children, action research

บทนำ

ในแต่ละปี มีทารกแรกเกิดจำนวน 30 ล้านคน ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยทารกแรกเกิดกลุ่มนี้ ประกอบไปด้วย ทารกคลอดก่อนกำหนด (preterm) ทารกน้ำหนักตัวน้อย (low-birth-weight) และทารกป่วย[1] ปัญหาการเสียชีวิตของทารกจึงยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญทางสาธารณสุขในระดับประเทศและระดับโลก จากข้อมูลของ United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME) ระบุว่าในปี ค.ศ. 2023 เพียงปีเดียว มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีเสียชีวิตทั่วโลกถึง 4.8 ล้านคน และเกือบครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตทั้งหมดนี้เป็นกลุ่มทารกแรกเกิด ซึ่งคิดเป็นอัตราเฉลี่ย 17 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน สาเหตุหลักของการเสียชีวิต ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด (prematurity) ร้อยละ 37 ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (birth asphyxia) และการบาดเจ็บ (trauma) ร้อยละ 24[2] โลกจึงกำลังเผชิญกับการต่อสู้เพื่อให้ทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีได้มีสิทธิรอดชีวิต จากแนวโน้มปัจจุบันมีการคาดการณ์ว่า ภายในปี ค.ศ. 2030 จะมีจำนวนทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรกว่า 48 ล้านคน[3] ทุกประเทศทั่วโลกจึงกำลังใช้ความพยายามและความมุ่งมั่นที่เร่งด่วนในการลดอัตราตายของทารกและเด็กกลุ่มนี้[2] เช่นเดียวกับประเทศไทย ที่แม้ว่าจะมีอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่ก็ยังอยู่ในเกณฑ์สูงและยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่า อัตราตายของทารกแรกเกิดต้องน้อยกว่า 3.60 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน[4] ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2565-2567 ทารกแรกเกิดมีอัตราตาย 4.43, 5.39 และ 4.47 ต่อการเกิดมีชีพ 1 000 คน ตามลำดับ[5] โดยในปี พ.ศ. 2567 สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจาก การคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 9.80 จากการศึกษาสถิติทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2558-2563 พบว่า ในกลุ่มทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัม (extremely low birth weight: ELBW) การเสียชีวิตในทารกแรกเกิดกลุ่มนี้ยิ่งสูงมากขึ้น โดยร้อยละ 36.90 เสียชีวิตขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 56.90 เสียชีวิตภายใน 7 วันหลังคลอด และร้อยละ 83.60 เสียชีวิตภายใน 28 วันหลังคลอด สำหรับภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมที่พบมากที่สุดในทารกกลุ่มนี้ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome: RDS) ร้อยละ 70.70 ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (neonatal jaundice) ร้อยละ 66.70 และภาวะติดเชื้อ (sepsis) ร้อยละ 60.40[6]

ถึงแม้ว่าความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันทำให้ทารกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้นนี้มาพร้อมกับความท้าทายใหม่ กล่าวคือ ทารกป่วยที่รอดชีวิตจำนวนมากนี้อาจยังต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและระยะยาวที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของทารกเหล่านี้ตลอดช่วงชีวิต รวมถึงระบบสุขภาพของประเทศ[7-9] หลักฐานเชิงประจักษ์มากมายในปัจจุบันบ่งชี้ว่า การได้รับนมแม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในทารกป่วย การหลีกเลี่ยงที่จะใช้นมผงและสนับสนุนให้ทารกได้รับน้ำนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างเต็มที่โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งในช่วง 14 วันแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะลำไส้เน่า[10] ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะท้าย (late-onset sepsis: LOS) โรคติดเชื้อในกระแสเลือด โรคจอประสาทตาผิดปกติชนิดรุนแรง (severe retinopathy of prematurity) เลือดออกในโพรงสมอง และโรคปอดเรื้อรัง[10-13] นอกจากนี้ยังพบว่า หากทารกป่วยกลุ่มนี้ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวจะสามารถลดโอกาสการเกิดโรคปอดเรื้อรังได้ถึงร้อยละ 63 โรคปอดเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากในทารกคลอดก่อนกำหนดและมีค่ารักษาพยาบาลสูงที่สุดของการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต (neonatal intensive care unit: NICU) มีภาระทางเศรษฐศาสตร์ (economic burden) ประมาณ 1.7 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี หากสามารถลดการเกิดโรคปอดเรื้อรังในทารกคลอดก่อนกำหนดได้โดยการให้ทารกกลุ่มนี้ได้รับนมแม่จะสามารถลดต้นทุนทางการรักษาพยาบาลลงได้ถึง 41,929 เหรียญสหรัฐต่อการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคปอดเรื้อรังนี้เพียงโรคเดียว[12] ดังนั้น สำหรับทารกป่วยแล้ว นมแม่จึงไม่ใช่แค่เป็นแหล่งโภชนาการที่เหมาะสมที่สุด แต่เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาทางการแพทย์ที่สำคัญที่สามารถช่วยให้ทารกรอดชีวิต และช่วยประหยัดงบประมาณของชาติในการลดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้งบประมาณมหาศาล[16-19]

แม้ว่าการส่งเสริมให้ทารกป่วยได้รับนมแม่เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นวิธีการที่ไม่ต้องอาศัยงบประมาณหรือเทคโนโลยีขั้นสูง สามารถลดค่าใช้จ่ายมหาศาลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ ทว่าการส่งเสริมให้ทารกกลุ่มนี้ได้รับน้ำนมแม่ยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญ เนื่องจากข้อจำกัดทางสรีรวิทยาและพยาธิสภาพ ทารกกลุ่มนี้มักมีปัญหาด้านความเจ็บป่วย ความไม่พร้อมของระบบการดูดและการกลืน ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือต้องแยกจากมารดาเพื่อการรักษา ทำให้ไม่สามารถเข้าเต้าได้ตามปกติอันเนื่องมาจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ[20] ด้วยเหตุนี้ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนเป็นกรณีพิเศษจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยต้องมีกระบวนการ แนวทางปฏิบัติหรือนโยบายที่จำเพาะเจาะจงและแตกต่างไปจากทารกปกติ เนื่องจากนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับชาติและสากล เช่น “โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก (The Baby-Friendly Hospital Initiative: BFHI)” และ “บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่” ซึ่งจัดทำโดย World Health Organization (WHO) และ The United Nations Children’s Fund (UNICEF) นั้นได้รับการพัฒนาขึ้นสำหรับทารกสุขภาพดีและคลอดครบกำหนดเป็นหลัก การประยุกต์ใช้กับทารกแรกเกิดป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดจึงมีข้อจำกัดอย่างชัดเจน[21-22] ดังนั้น แต่ละประเทศจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทางหรือนโยบายเฉพาะเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มทารกป่วย เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์มีองค์ความรู้และทักษะเฉพาะทางในการช่วยให้มารดาของทารกป่วยเหล่านี้สามารถให้นมบุตรได้สำเร็จ[23] สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในฐานะที่เป็นศูนย์กลางการบริการเฉพาะทางโรคเด็กที่ยุ่งยากซับซ้อนของประเทศ ตระหนักดีว่าทารกป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มักขาดโอกาสในการได้รับนมแม่[24] จึงเห็นความสำคัญของการริเริ่มพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกและเด็กป่วยโดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ LOOK-THINK-ACT ของ Stringer[25] และแนวคิด “Ten steps to promote and protect human milk and breastfeeding in vulnerable infants” ของ Spatz[22] ในการพัฒนารูปแบบฯ โดยวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับนานาชาติ และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสหสาขา

วิชาชีพ ประกอบด้วย สูติแพทย์ กุมารแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลทารกและเด็กป่วย เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเพิ่มอัตราการได้รับนมแม่ในกลุ่มทารกแรกเกิดป่วยตามเป้าหมายของกรมการแพทย์[4] เพื่อการรอดชีวิตและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของทารกป่วยในการเติบโตเป็นกำลังสำคัญของชาติอย่างสุขภาพดี ปราศจากภาระทางสุขภาพที่ได้รับจากโรคแทรกซ้อนในวัยทารกขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกและเด็กป่วย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกและเด็กป่วยที่พัฒนาขึ้นนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิด “Ten steps to promote and protect human milk and breastfeeding in vulnerable infants” ของ Spatz[22] ที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 2000 เพื่อกลุ่มทารกป่วยที่เข้ารับการรักษาใน NICU เนื่องจากอัตราการได้รับนมแม่ของทารกและเด็กป่วยใน Children’s Hospital of Philadelphia (CHOP) ประเทศสหรัฐอเมริกานั้นค่อนข้างต่ำ CHOP เป็นโรงพยาบาลเด็กขนาดใหญ่ 724 เตียง ทารกป่วยจำเป็นต้องแยกจากมารดาเพื่อการรักษา ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานในการดูแลทารกกลุ่มเปราะบางนี้ให้ได้รับนมแม่ นโยบายและแนวทางปฏิบัติ BFHI ที่ใช้ในระดับชาติและนานาชาตินั้นถูกพัฒนาขึ้นสำหรับกลุ่มทารกสุขภาพดี ไม่เหมาะสมสำหรับกลุ่มทารกป่วย จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแลรูปแบบใหม่จากหลักฐานเชิงประจักษ์สากล รูปแบบที่ Spatz พัฒนาขึ้นประกอบด้วย (1) ให้ข้อมูลเรื่องนมแม่ (informed decision) (2) กระตุ้นให้เริ่มบีบน้ำนมเร็วและต่อเนื่อง (establishment and maintenance of milk supply) (3) การบริหารจัดการน้ำนมแม่ (human milk management) (4) การเคลือบช่องปากทารกด้วยน้ำนมแม่และการให้นมแม่แก่ทารก (oral care and feeding of human milk) (5) การโอบกอดทารกแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin care) (6) การดูดเต้าเปล่า (non-nutritive sucking) (7) เปลี่ยนผ่านสู่การฝึกดูดนมจากเต้า (transition to breast) (8) การวัดปริมาณน้ำนมที่ทารกสามารถดูดนมจากเต้า (measuring milk transfer (9) การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน (preparation for discharge) และ (10) การเยี่ยมติดตาม (appropriate follow-up) แนวคิดนี้ของ Spatz ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในหลายประเทศ และได้รับการยกย่องว่ามีการนำเสนอขั้นตอน กระบวนการของแนวทางปฏิบัติที่สำคัญในการบริหารจัดการและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มทารกป่วยขณะรับการรักษาใน NICU ที่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้อย่างชัดเจน มิใช่นำเสนอเพียงหลักการกว้าง ๆ เฉกเช่นที่ผู้อื่นได้เคยเสนอไว้[26]

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ LOOK-THINK-ACT ของ Stringer[25] ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย สูติแพทย์ กุมารแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลทารกและเด็กป่วย ดังนี้

LOOK

ระยะนี้ เริ่มต้นจากการค้นคว้า ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับสากล รวมถึงรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มทารกและเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นรูปแบบที่มีหลักฐานแสดงประสิทธิภาพ มีความเป็นไปได้ในการนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทประเทศไทย สอดคล้องกับการให้บริการด้านทารกแรกเกิดและกุมารเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและสูงกว่าตติยภูมิ และจัดประชุมระดมสมองร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญระดับชาติด้านสูติศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ และการพยาบาลเด็ก เพื่อวิเคราะห์

สถานการณ์การส่งเสริมให้ทารกและเด็กป่วยในประเทศไทยได้รับนมแม่ หาฉันทามติเลือกแนวคิดและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและสูงกว่าตติยภูมิในประเทศไทย จากการประชุมดังกล่าวสรุปได้ว่า “Ten steps to promote and protect human milk and breastfeeding in vulnerable infants” ของ Spatz[22] มีความเหมาะสมมากที่สุด โดยแต่ละขั้นตอนมีแนวทางการปฏิบัติชัดเจนอย่างเป็นระบบ และอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ในทุกขั้นตอน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการเพิ่มอัตราการได้รับนมแม่ในทารกป่วย นอกจากนี้ ยังเน้นความร่วมมือของสูติแพทย์ กุมารแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ มีความสอดคล้องอย่างยิ่งกับบริบทของการดูแลรักษาทารกและเด็กป่วยกลุ่มนี้ในประเทศไทย

THINK

ด้วยความตระหนักดีว่าการนำรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกและเด็กป่วยที่ประยุกต์จาก Spatz[22] ไปใช้ได้อย่างยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจ และความร่วมมือระหว่างกลุ่มสหวิชาชีพ ได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ จึงมีการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ในการนำเสนอรูปแบบดังกล่าวผ่านเวทีถ่ายทอดความรู้ระดับนานาชาติในประเทศไทย โดยจัดการประชุมวิชาการ Breastfeeding Sick Babies International Conference ครั้งที่ 1 และกำหนดให้แต่ละโรงพยาบาลที่เข้าร่วมประชุม ต้องส่งบุคลากรเข้าร่วมในรูปแบบทีมที่ประกอบไปด้วยสูติแพทย์ กุมารแพทย์ และพยาบาลที่ดูแลทารกและเด็กป่วย มีโรงพยาบาลจากทั่วประเทศเข้าร่วมประชุมมากกว่า 100 แห่ง การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพดังกล่าวมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิผลต้องอาศัยการตัดสินใจที่สอดประสานกันระหว่างบริการด้านมารดา ทารกแรกเกิด และกุมารเวชศาสตร์ องค์ประกอบสำคัญของการประชุมครั้งนี้ คือ การระดมสมอง และการอภิปรายสะท้อนความคิดเห็นอย่างเป็นระบบ โดยทีมผู้เข้าร่วมประชุมจากแต่ละโรงพยาบาลได้ร่วมกันพิจารณาและวิพากษ์ถึงความเป็นไปได้ในการประยุกต์แนวคิดของ Spatz ทั้ง 10 ขั้นตอนมาพัฒนาเป็นรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกและเด็กป่วย ไปใช้ในบริบทโรงพยาบาลของประเทศไทย อุปสรรค ข้อจำกัด และเงื่อนไขเฉพาะบริบท ได้แก่ ศักยภาพกำลังคน การจัดบริการ และทรัพยากรที่มีอยู่ ได้รับการวิเคราะห์ร่วมกันอย่างลึกซึ้ง กระบวนการสะท้อนกลับ (reflective process) ดังกล่าวเอื้อให้เกิดการทำความเข้าใจเชิงลึกต่อบริบท นำไปสู่การกำหนดกลยุทธ์ และการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและสูงกว่าตติยภูมิ ที่มีความหลากหลายในแต่ละเขตสุขภาพของประเทศไทย มีการสรุปรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกและเด็กป่วยที่จะนำไปปฏิบัติจริงในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และโรงพยาบาลนำร่อง (pilot hospital) ต่างๆ ใน 13 เขตสุขภาพ ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกและเด็กป่วย

ACT

การดำเนินการตามรูปแบบในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

1. จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประกอบด้วย กุมารแพทย์เฉพาะทางด้านทารกแรกเกิด และพยาบาลวิชาชีพจาก 5 หน่วยงาน ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต ชั้น 9 หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต ชั้น 10 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด

2. จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ร่วมกับโรงพยาบาลราชวิถี ประกอบด้วย สูติแพทย์ กุมารแพทย์เฉพาะทางด้านทารกแรกเกิด และพยาบาลวิชาชีพ เพื่อประสานความร่วมมือในการให้การดูแลและสนับสนุนกลุ่มมารดาครรภ์เสี่ยงสูงและกลุ่มมารดาหลังคลอดที่บุตรต้องแยกจากมารดาเพื่อรับการรักษาที่สถาบันสุขภาพเด็กฯ ให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น

3. จัดประชุมทุก 3 เดือนร่วมกับพยาบาลวิชาชีพจาก 5 หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เพื่อวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาที่พบในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มผู้ป่วยทารกแรกเกิดร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

4. ดำเนินการตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด 5 หน่วยงาน ร่วมกับให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นในการสนับสนุนให้ทารกป่วยได้รับนมแม่แก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย นอกจากนี้ มีการจัดอัตรากำลังเพิ่มเติม โดยจัดเวรพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 1 อัตรา เพื่อทำหน้าที่ดูแลเรื่องนมแม่ของหอผู้ป่วยนั้น ๆ ในเวรเช้า

การดำเนินการตามรูปแบบฯ ในโรงพยาบาลต่าง ๆ 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ

1. จัดตั้งคณะกรรมการโครงการขยายการพัฒนาเครือข่ายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกและเด็กป่วย ใน 13 เขตบริการสุขภาพประกอบด้วยสูติแพทย์ กุมารแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกและเด็กป่วย จำนวน 21 คน จากสถาบันต่าง ๆ เพื่อ (1) ลงพื้นที่เพื่อตรวจเยี่ยม ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำ (field visit and support) โรงพยาบาลนำร่องที่สมัครใจและมีความพร้อมในการพัฒนาตามรูปแบบฯ (2) พัฒนาสื่อการเรียนรู้เพื่อเป็นเครื่องมือในการดำเนินการตามรูปแบบฯ สำหรับโรงพยาบาลนำร่อง ได้แก่ ภาพพลิกเรื่อง “บันได 10 ขั้น เพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับลูกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยและเด็กป่วย” และคู่มือสำหรับมารดาเรื่อง “บันทึกบันได 10 ขั้น นมแม่ในทารกป่วย” (3) พัฒนาแบบประเมินการให้บริการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกและเด็กป่วย เพื่อใช้บันทึกและประเมินโรงพยาบาลนำร่องขณะลงพื้นที่เยี่ยม (4) พัฒนาตัวชี้วัดและแบบสอบถามเพื่อประเมินผลลัพธ์ของโครงการ ได้แก่ อัตราการได้รับนมแม่อย่างเดียวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน และอัตราการได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของทารกป่วย

2. ดำเนินการเชิญชวนและให้การสนับสนุนโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและสูงกว่าตติยภูมิที่มีความสนใจและมีความพร้อมที่จะเป็นพัฒนาเป็นโรงพยาบาลนำร่อง นำรูปแบบฯ นี้ไปทดลองใช้ในโรงพยาบาล และยินดีที่จะให้คณะกรรมการโครงการขยายการพัฒนาเครือข่ายฯ ลงพื้นที่เยี่ยมให้ข้อเสนอแนะ รวมถึงสามารถรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด และประสานงานร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลอื่นๆ

3. ลงพื้นที่เยี่ยมโรงพยาบาลนำร่อง และประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้แบบประเมินการให้บริการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกและเด็กป่วย ระบุจุดแข็ง จุดอ่อน อุปสรรคในการดำเนินงาน ให้คำปรึกษา เสริมพลังใจ และเสนอข้อแนะนำที่เหมาะสมกับบริบทเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4. จัดประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ Breastfeeding Sick Babies

Conference ครั้งที่ 2-9 การจัดประชุมวิชาการนี้ทำหน้าที่เชิงนโยบายหลายประการ ได้แก่ การถ่ายทอดองค์ความรู้พื้นฐานเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มทารกและเด็กป่วย รวมถึงนำเสนอรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นแก่โรงพยาบาลใหม่ที่ไม่เคยทราบแนวทางปฏิบัตินี้มาก่อน และเสริมสร้างองค์ความรู้เพิ่มเติมที่ทันสมัยแก่ผู้เข้าร่วมประชุมที่มีประสบการณ์และรับรู้เกี่ยวกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาก่อนหน้านี้แล้ว ยิ่งไปกว่านั้น สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การประชุมนี้ เป็นเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับชาติที่โรงพยาบาลนำร่องจะได้นำเสนอประสบการณ์การดำเนินงานการปรับใช้รูปแบบฯ ในการปฏิบัติจริง อุปสรรคและผลลัพธ์ ซึ่งจะได้รับการวิเคราะห์พร้อมรับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมการแก้ไขปัญหาร่วมกัน และเสริมสร้างความเชื่อมโยงระหว่างเจตนารมณ์เชิงนโยบายกับการปฏิบัติจริงในพื้นที่ นอกจากนี้ โรงพยาบาลที่เข้าร่วมประชุม เกิดแรงบันดาลใจ ที่จะพัฒนาโรงพยาบาลของตนตามรูปแบบ จึงเกิดการเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลนำร่องมากขึ้น ๆ ในแต่ละปี

วงจรของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการประชุมวิชาการ การขยายโรงพยาบาลนำร่อง และการสนับสนุนภาคสนามโดยผู้เชี่ยวชาญ ได้ดำเนินไปในลักษณะวนซ้ำอย่างต่อเนื่อง โดยแต่ละรอบก่อให้เกิดการเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลนำร่องและการปรับปรุงกลยุทธ์การดำเนินงานอย่างเป็นลำดับ จนในที่สุด โครงการได้ขยายครอบคลุมโรงพยาบาลนำร่องจำนวน 74 แห่ง ในทุก 13 เขตบริการสุขภาพของประเทศไทย สะท้อนการขยายผลเชิงภูมิภาคอย่างแท้จริง

ผลการศึกษา

ผลการดำเนินการในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

จากการดำเนินการตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่า อัตราการได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของทารกป่วย จากร้อยละ 38.90 ในปี พ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 51.89 ใน ปี พ.ศ. 2564

ผลการขยายผลสู่โรงพยาบาลต่าง ๆ ใน 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ



ภาพประกอบที่ 2 โรงพยาบาลนำร่อง 74 แห่ง ใน 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ

จากการดำเนินการตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นใน 74 โรงพยาบาลนำร่อง ดังภาพประกอบที่ 2 พบว่า อัตราการได้รับนมแม่อย่างเดียวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ในปี พ.ศ. 2565-2568 เท่ากับร้อยละ 54.86, 55.97, 58.67 และ 58.02 ตามลำดับ และอัตราการได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของทารกป่วย เท่ากับ ร้อยละ 38.18, 32.70, 46.00 และ 41.17 ตามลำดับ นอกจากนี้ ผลการดำเนินงานโครงการดังกล่าวยังได้พัฒนาสู่ความสำคัญเชิงนโยบายระดับชาติ เกิดตัวชี้วัด (1) อัตราการได้รับนมแม่อย่างเดียวในทารกแรกเกิดป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน และ (2) อัตราการได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในทารกแรกเกิดป่วย บรรจุเข้าสู่แนวทางการตรวจราชการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นกลไกการตรวจประเมินและความรับผิดชอบในระดับชาติ สะท้อนการเปลี่ยนผ่านจากการดำเนินงานในลักษณะโครงการไปสู่การสถาปนาเป็นนโยบายระดับชาติอย่างเป็นทางการ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกและเด็กป่วยที่พัฒนาจากแนวคิด “Ten steps to promote and protect human milk and breastfeeding in vulnerable infants” ของ Spatz[22] และขับเคลื่อนผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ LOOK–THINK–ACT ของ Stringer[25] สามารถนำไปใช้จริงและขยายผลในระดับระบบสุขภาพของประเทศได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยสะท้อนจากผลลัพธ์ทั้งในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีและเครือข่ายโรงพยาบาลนำร่อง 74 แห่งครอบคลุม 13 เขตบริการสุขภาพของประเทศ การดำเนินงานดังกล่าวสอดคล้องกับข้อเสนอของ WHO/UNICEF ที่เน้นความจำเป็นของกลไกสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ “จำเพาะ” สำหรับทารกป่วย ทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักน้อย (low birth weight) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากแนวทาง BFHI ซึ่งพัฒนาขึ้นสำหรับกลุ่มทารกสุขภาพดีนั้นมีข้อจำกัดเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มทารกป่วย[1]

เมื่อพิจารณาในมิติการพัฒนาระบบบริการและผลลัพธ์ในการดำเนินการตามรูปแบบฯ ผลการศึกษานี้พบว่า อัตราการได้รับนมแม่อย่างเดียวในทารกแรกเกิดป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้านของโรงพยาบาลนำร่องยังคงอยู่ในระดับสูงอย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงปีที่ติดตาม มากกว่าร้อยละ 55 สะท้อนถึงการบูรณาการการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เข้าไว้ในกระบวนการดูแลรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีเสถียรภาพ เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ชัดว่าน้ำนมแม่สัมพันธ์กับการลดภาวะแทรกซ้อนสำคัญในทารกป่วย เช่น ภาวะลำไส้เน่า โรคปอดเรื้อรัง และการเจ็บป่วยร่วมอื่น ๆ ช่วยลดต้นทุนในการรักษาพยาบาล ดังนั้น อัตราการได้รับนมแม่อย่างเดียวในทารกแรกเกิดป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้านจึงมีนัยสำคัญทั้งต่อคุณภาพการดูแลทารก และภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาวต่อไป[10-12] อย่างไรก็ตาม อัตราการได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของทารกแรกเกิดป่วยใน 74 โรงพยาบาลนำร่องมีความแปรปรวน (ร้อยละ 33-46) สะท้อนถึงความจำเป็นในการแสวงหากลยุทธ์เพิ่มเติมที่จะทำให้มารดายังคงสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้จนถึง 6 เดือน จะเห็นได้ว่ากลไกการสนับสนุนเรื่องนมแม่อย่างต่อเนื่องหลังภายหลังทารกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวมารดาอาจต้องเผชิญอุปสรรคและความท้าทายหลายด้าน มารดาของทารกป่วยหรือทารกคลอดก่อนกำหนดมักต้องเผชิญกับความท้าทายในการให้นมแม่ ซึ่งมารดาที่คลอดครบกำหนดไม่เคยประสบมาก่อน[27-28] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามารดากลุ่มนี้มักประสบปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเผชิญกับอารมณ์ที่หลากหลาย เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความไม่มั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้สึกผิดหวัง และความท้อแท้อาจเกิดขึ้นจากปัญหาการดูดนมของทารกป่วย เนื่องจากทารกกลุ่มนี้มักมีปัญหาในการดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของร่างกาย เช่น sucking reflex ที่ยังพัฒนาไม่เต็มที่ การดูด การกลืน และการหายใจที่ยังทำงานไม่สัมพันธ์กันและอ่อนแอ low muscle tone และระบบย่อยอาหารที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้มารดารู้สึกผิดที่ตนเองไม่สามารถให้นมลูกได้ตามความคาดหวัง ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ ยิ่งไปกว่านั้น สภาวะทางสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ที่เพิ่มความซับซ้อนทางอารมณ์ ส่งผลกระทบต่อแรงจูงใจและพลังใจของมารดาในการให้นมลูก[29-33] จะเห็นได้ว่าการมีความรู้และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจไม่เพียงพอ หากมารดาไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะให้นมแม่ต่อไปได้ จึงเป็นการยากที่มารดาจะฝ่าฟันอุปสรรคและความยากลำบากในการให้นมแม่ เพิ่มโอกาสในการยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เร็วขึ้น[34-37] ประเด็นนี้จึงสะท้อนความสำคัญของบันไดขั้นที่ 9-10 ที่เน้นการเตรียมความพร้อมสร้างความมั่นใจก่อนกลับบ้าน

และการเยี่ยมติดตามภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นกลไกเชื่อมต่อการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน[22] นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติของประเทศไทยในปัจจุบันระบุว่า มีทารกเพียงร้อยละ 28.6 ที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวจนอายุครบ 6 เดือน[38] ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนผลลัพธ์ของทารกสุขภาพดีในประชากรทั่วไปเป็นหลัก เมื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่พบในการศึกษานี้จะเห็นได้ว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในกลุ่มทารกป่วยนั้นสูงกว่า (ร้อยละ 33-47) แม้ว่ากลุ่มประชากรทั้งสองจะไม่สามารถเปรียบเทียบกันโดยตรงได้ แต่อาจชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น และความเป็นไปได้ในการขยายการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเป็นระบบ ผ่านการดำเนินงานเชิงบูรณาการในระดับภูมิภาค จนนำไปสู่การบรรจุเป็นตัวชี้วัดของแนวทางการตรวจประเมินระดับชาติของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2567[4] ซึ่งช่วยตอกย้ำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นองค์ประกอบมาตรฐานของการดูแลทารกป่วยทั่วประเทศ

โดยสรุป การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลที่ประยุกต์จาก Spatz's Ten Steps และขับเคลื่อนด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถยกระดับการดูแลทารกและเด็กป่วยให้ได้รับนมแม่มากขึ้น พร้อมทั้งสร้างผลลัพธ์เชิงนโยบายผ่านการพัฒนาตัวชี้วัด และถูกบรรจุเข้าสู่กลไกตรวจราชการระดับชาติ อันเป็นรากฐานสำหรับการขยายผลอย่างยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพไทย

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยในอนาคตควรประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods) เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการดำเนินงาน ปัจจัยเชิงบริบท และกลไกการเกิดผลลัพธ์ได้อย่างรอบด้านยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการประเมินเชิงเปรียบเทียบเพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และความยั่งยืนของการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการขยายผลเชิงนโยบาย รวมถึงมีการศึกษาวิจัยระยะยาว (longitudinal research) ที่ติดตามระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารกและเด็กป่วย อันจะช่วยเพิ่มหลักฐานเชิงประจักษ์ให้มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น เพื่อการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพทั้งในระดับชาติและระดับโลก

กิตติกรรมประกาศ

ขอแสดงความขอบคุณกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทยที่มอบทุนสนับสนุนการดำเนินงานของโครงการนี้ ขอแสดงความขอบคุณกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี คณะกรรมการโครงการขยายการพัฒนาเครือข่าย ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกและเด็กป่วย ใน 13 เขตบริการสุขภาพ และโรงพยาบาลนำร่องทุกโรงพยาบาลที่มีส่วนร่วม ให้ข้อมูลที่มีคุณค่า และให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการนี้อย่างดียิ่งเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund; 2020.

2. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels & trends in child mortality report 2024: estimates developed by the UN inter-agency group for child mortality estimation. New York: United Nations Children's Fund; 2025.
3. Sharrow D, Hug L, You D, Alkema L, Black R, Cousens S, et al. Global, regional, and national trends in under-5 mortality between 1990 and 2019 with scenario-based projections until 2030: a systematic analysis by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. The Lancet Global Health. 2022;10(2):e195-206.
4. สำนักนิเทศระบบการแพทย์. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ 2567: Smart inspection guideline 2024. นนทบุรี: สำนักนิเทศระบบการแพทย์; 2567.
5. สำนักนิเทศระบบการแพทย์. สรุปผลตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2567. นนทบุรี: สำนักนิเทศระบบการแพทย์; 2567.
6. Kiatchoosakun P, Jirapradittha J, Paopongsawan P, Techasatian L, Lumbiganon P, Thepsuthammarat K, et al. Mortality and comorbidities in extremely low birth weight Thai infants: a nationwide data analysis. Children. 2022;9(12):1825.
7. Chung EH, Chou J, Brown KA. Neurodevelopmental outcomes of preterm infants: a recent literature review. Translational Pediatrics. 2020;9(Suppl 1):S3-8.
8. Zivaljevic J, Jovandaric MZ, Babic S, Raus M. Complications of preterm birth-the Importance of care for the outcome: a narrative review. Medicina. 2024;60:1014.
9. Liang X, Lyu Y, Li J, Li Y, Chi C. Global, regional, and national burden of preterm birth, 1990-2021: a systematic analysis from the global burden of disease study 2021. eClinicalMedicine. 2024;76:102840.
10. Johnson TJ, Patel AL, Bigger HR, Engstrom JL, Meie PP. Cost savings of human milk as a strategy to reduce the incidence of necrotizing enterocolitis in very low birth weight infants. Neonatology. 2015;107(4): 271-6.
11. Miller J, Tonkin E, Damarell RA, McPhee AJ, Suganuma M, Suganuma H, et al. A systematic review and meta-analysis of human milk feeding and morbidity in very low birth weight infants. Nutrients. 2018;10(6):707.
12. Patel AL, Johnson TJ, Robin B, Bigger HR, Buchanan A, Christian E, et al. Influence of own mother's milk on bronchopulmonary dysplasia and costs. Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal Edition. 2017;102:F256-61.
13. นลินี ยมศรีเคน. การศึกษาผลของการให้นมน้ำเหลืองในทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก (น้ำหนัก 1,000 กรัม ถึง 1,500 กรัม) เพื่อลดการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะท้าย. วารสารกุมารเวชศาสตร์. ม.ค.-มี.ค. 2561;57(1): 51-6.
14. Rollins N, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016:387;491-504.
15. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016:387;475-90.
16. Al Zahrani A, AlMakadma A, Alsuqayhi SI, Okair SME, Almohayya TS, ur Rahman S, et al. Mortality and major morbidities among extremely low birth weight babies: an observational cohort study in a tertiary care private hospital in Saudi Arabia. Dr. Sulaiman Al Habib Medical Journal. 2025;7(1):36-43.
17. Najmuangchan N, Ngerncham S, Piampradad S, Nunthanid P, Tatritorn D, Amnartpanich T, et al. Risk factor-based models to predict severe retinopathy of prematurity in preterm Thai infants. Indian Journal of Ophthalmology. 2024;72: S514-20.

18. จิตรลดา เพ็งลาย, จิราภรณ์ อุระ, วาสนา ฬาวิน. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะจอประสาทตาผิดปกติในทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมากในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2567;6(2):40-7.
19. Blazon MN, Rezar-Dreindl S, Wassermann L, Neumayer T, Berger A, Stifter E. Retinopathy of prematurity: incidence, risk factors, and treatment outcomes in a tertiary care center. Journal of Clinical Medicine. 2024;13:6926.
20. Spatz DL. Innovations in the provision of human milk and breastfeeding for infants requiring intensive care. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2012;41(1): 138-21. 29. ศิราภรณ์ สวัสดิวร, กรรณิการ์ บางสายน้อย, ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, เบญจมาส ทัศนะสุภาพ, บรรณาธิการ. สรุปการประชุมวิชาการนานาชาตินมแม่ในเด็กป่วย ครั้งที่ 2 [The 2nd international conference on breastfeeding sick babies]. กรุงเทพฯ: โตไกล พริ้นติ้ง จำกัด; 2558.
22. Spatz DL. Beyond BFHI: The Spatz 10-step and breastfeeding resource nurse models to improve human milk and breastfeeding outcomes. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing. 2018;32(2):164-74.
23. มิรา โครานา, ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, จริยา วิทยะศุภร, ชนิกานต์ ทิพากรโรจนกิจ, บรรณาธิการ. บันทึกสรุปการประชุมวิชาการนานาชาติ The 5th breastfeeding sick babies international conference และการจัดการความรู้. กรุงเทพฯ: โตไกล พริ้นติ้ง จำกัด;2562.
24. Gato S, Biziyaremye F, Kirk CM, De Sousa CP, Mukuralinda A, Habineza H, et al. Promotion of early and exclusive breastfeeding in neonatal care units in rural Rwanda: a pre- and post-intervention study. International Breastfeeding Journal. 2022;17:12.
25. Stringer E. Action research. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage; 1999.
26. Arnold LDW. Human milk in the NICU: policy into practice. Sudbury (MA): Jones & Bartlett; 2010.
27. Wheeler BJ, Dennis CL. Psychometric testing of the modified breastfeeding self-efficacy scale (short form) among mothers of ill or preterm infants. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing. 2013;42(1):70-80.
28. Yang Y, Guo L, Shen Z. Psychometric properties of the modified breastfeeding self-efficacy scale-short form (BSES-SF) among Chinese mothers of preterm infants. Midwifery. 2020;91:102834.
29. Boucher CA, Brazal PM, Graham-Certosini C, Carnaghan-Sherrard K, Feeley N. Mothers' breastfeeding experiences in the NICU. Neonatal Network. 2011;30(1):21-8.
30. Lau C. Breastfeeding challenges and the preterm mother-infant dyad: a conceptual model. Breastfeed Medicine. 2018;13(1):18-17.
31. Ramezani T, Shirazi ZH, Sarvestani RS, Moattari M. Family-centered care in neonatal intensive care unit: a concept analysis. International Journal of Community Based Nursing and Midwifery. 2014;2(4):268-78.
32. Saharoy R, Potdukhe A, Wanjari M, Taksande AB. Postpartum depression and maternal care: exploring the complex effects on mothers and infants. Cureus. 2023;15(7): e41381.
33. Zukova S, Krumina V, Buceniece J. Breastfeeding preterm born infant: chance and challenge. International Journal of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2020;8(2):94-7.
34. ธราธิป โคละทัต, ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์, บรรณาธิการ. องค์ความรู้และขั้นตอนการปฏิบัติงานมาตรฐานเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด กระทรวงสาธารณสุข: โครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด ภายใต้โครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อครอบครัวไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 28 กรกฎาคม 2567. ปทุมธานี: มินนี่ กรุ๊ป; 2568.

35. Yang R, Chen D, Wang H, Xu X. Experiences of mothers of NICU preterm infants in milk management out of the hospital: a qualitative study. International Breastfeeding Journal. 2022;17:95.
36. Chen L, Shang Y, Tian X, Huang Y, Sun Y, Fu C, et al. The struggles of breastfeeding mothers of preterm infants: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2025;25:472.
37. Dong D, Ru X, Huang X, Sang T, Li S, Wang Y, et al. A prospective cohort study on lactation status and breastfeeding challenges in mothers giving birth to preterm infants. International Breastfeeding Journal. 2022;17:6.
38. National Statistical Office of Thailand. Thailand multiple indicator cluster survey 2022: survey findings report. Bangkok: National Statistical Office of Thailand; 2023.

ผลของชุดสื่อดิจิทัลการโค้ชแบบโกรว์โมเดลต่อความรู้และทักษะในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Effects of a Digital Educational Package Combined with Coaching the GROW Model on Knowledge and Skills in Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

(Received: February 25,2026 ; Revised: February 28,2026 ; Accepted: March 2,2026)

เสน่ห์ พุฒธิ[1] ณัฐนันท์ วรสุข[2] ชุติมา กางการ[3]
Sane Putti[1] Nattanan Worasuk[2] Chutima Kangkan[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของชุดสื่อดิจิทัลการโค้ชแบบโกรว์โมเดลต่อความรู้และทักษะในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปจีพาวเวอร์ ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 โดยกำหนด ค่าขนาดอิทธิพล ตามเกณฑ์ระดับปานกลาง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 72 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 40 ราย กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานและชุดสื่อดิจิทัลการโค้ชแบบโกรว์โมเดล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ชุดสื่อดิจิทัลการโค้ชแบบโกรว์โมเดลและแบบประเมินความรู้และทักษะ สถิติที่ใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบค่าทีแบบจับคู่กลุ่มเดียวกันและชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองค่าคะแนนความรู้และทักษะหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนของความรู้และทักษะก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองค่าคะแนนความรู้และทักษะไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนความรู้และทักษะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, สื่อดิจิทัล, การโค้ชแบบโกรว์โมเดล, ความรู้, ทักษะ

Abstract

This study was a quasi-experimental research design aimed at examining the effects of a Digital Educational Package based on the GROW model on knowledge and skills related to chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The sample size was calculated using G*Power. The researcher set the level of statistical significance (α) at .05 and the power of the test at .80, with a medium effect size. The calculated sample size was 72 participants. To prevent attrition, the sample size was increased by 10%, resulting in a total of 80 participants. Simple random sampling was used to assign participants into an experimental group and a control group, with 40 participants in each group. The experimental group received standard nursing care along with the Digital Educational Package based on the GROW model, while the control group received only standard nursing care. The research instruments included the Digital Educational Package based on the GROW model and a knowledge and skills assessment questionnaire. The statistical analyses included frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and independent t-test.

The results showed that in the experimental group, the post-test knowledge and skill scores were significantly higher than the pre-test scores at the .05 level of statistical significance. In the control group, there was no significant

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยชินวัตร Corresponding author E-mail: nattanan.w@siu.ac.th
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

difference between pre-test and post-test knowledge and skill scores. Additionally, before the intervention, there were no significant differences in knowledge and skill scores between the experimental and control groups. However, after the intervention, the knowledge and skill scores between the two groups were significantly different at the .05 level.
Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Digital Educational, GROW Model Coaching, Knowledge, Skills

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า Chronic Obstructive Pulmonary Disease คำย่อ คือ COPD[1,2,3,4] มีลักษณะโรค โดยมีการอุดกั้นทางเดินหายใจแบบเรื้อรัง (Persistent airflow limitation) การไหลเวียนของอากาศออกจากปอดลดลง ไม่สามารถกลับคืนสู่ปกติได้ทั้งหมด (irreversible or partially reversible) มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ผนังหลอดลมหนาตัว มีเสมหะมากผิดปกติ ทางเดินหายใจตีบแคบ การทำลายถุงลมปอด (Emphysema component) ผนังถุงลมถูกทำลาย พื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เกิดภาวะคั่งอากาศ (air trapping) อาการสำคัญทางคลินิก ไอเรื้อรัง มีเสมหะ หายใจลำบาก (dyspnea) โดยเฉพาะเวลาออกแรง อาจมีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) การดำเนินโรค เป็นโรคที่ค่อย ๆ แย่ลง (progressive disease) มักสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ การสัมผัสมลพิษระยะยาว เช่น การเผาไฟทำการเกษตร ก่อไฟประกอบอาหาร ทำให้มีควันเกิดขึ้นและกระตุ้นให้เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน[1,2,3,4,6,7,8,9,10]

จากการเปลี่ยนแปลงของโรคและความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ระบบบริการสุขภาพ จึงมีนโยบายในการแก้ไขปัญหา ซึ่งหลายโรงพยาบาลพบปัญหา เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะ ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่สูงขึ้นทุกปี นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วย ที่มีอาการหอบกำเริบบ่อยครั้ง และใส่ท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 ที่ดูแลประชากรประมาณ 3 แสนคน ครอบคลุม 4 อำเภอ ได้พบปัญหาเช่นเดียวกัน จากการทบทวนรายงานในระบบ HosXP โดยแบ่งตามปีงบประมาณ 2566 -2568 ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2568 จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมด 1,035 1,119 และ 1,206 ตามลำดับ มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันได้นอนโรงพยาบาล 451 559 และ 668 คน ตามลำดับ และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาประมาณเฉลี่ย 2,000-5,000 ต่อ 1 ครั้ง ในเข้ารับการรักษาซึ่งส่งผลให้โรงพยาบาลต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จากการศึกษาเชิงลึกถึงลักษณะของผู้ป่วยที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันจำนวน 10 คน ในวันที่ 1 สิงหาคม 2568 ถึง 30 กันยายน 2568 พบว่า เป็นผู้ชาย 8 คน ผู้หญิง 2 คน ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมทั้ง 10 คน ช่วงอายุ 52 - 78 ปี เป็นผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับ E ตามสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ใช้เครื่องมือประเมินความรู้และทักษะในการจัดการอาการหอบกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบผู้ป่วยมีค่าคะแนนความรู้และทักษะอยู่ในระดับต่ำถึงระดับกลาง และจากการสอบถามประเด็นในการแก้ไขปัญหาในการจัดการหอบกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยทั้ง 10 คนพบว่ามีเป้าหมายในการดูแลตนเองและอยากหายและมีความสนใจในการจัดการอาการ [11,12,13,14,15]

สื่อดิจิทัลเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเรียนรู้ เพิ่มความรู้ เพิ่มทักษะ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[4,6] เนื่องจากสามารถนำเสนอข้อมูลผ่านภาพ เสียง และการสาธิตเชิงปฏิบัติ ซึ่งช่วยกระตุ้นการเรียนรู้หลายประสาทสัมผัสและเพิ่มการจดจำเนื้อหาได้ดีกว่าการบรรยายแบบดั้งเดิม นอกจากนี้ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและทบทวนเนื้อหาได้ซ้ำตามความต้องการ ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองและเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง (self-efficacy) การใช้สื่อดิจิทัลจึงมีศักยภาพในการยกระดับคุณภาพการให้ความรู้ ลดความแปรปรวนของการสอน และสนับสนุนผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การลดการกำเริบและ

การกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการประยุกต์ใช้การโค้ชตามแนวคิด GROW Model[7] ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ช่วยเสริมสร้างความรู้และทักษะการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (Goal) โดยมีความรู้และทักษะ ทั้งหมด 8 เรื่องในการจัดการอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน การประเมินสภาพปัจจุบัน (Reality) ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงข้อจำกัดและปัจจัยเสี่ยงของตนเอง เช่น เทคนิคการพ่นยาที่ไม่ถูกต้องหรือการไม่สังเกตอาการเตือน จากนั้นการสำรวจทางเลือก (Options) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมคิดแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตของตน และขั้นสุดท้ายคือการวางแผนปฏิบัติ (Will/Way forward) ที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงกระบวนการดังกล่าวช่วยเพิ่มความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับโรค พัฒนาทักษะการตัดสินใจ และเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง (self-efficacy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมอาการกำเริบของ COPD เมื่อผู้ป่วยสามารถรับรู้สัญญาณเตือนของการกำเริบได้เร็ว ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และตัดสินใจมารับการรักษาอย่างเหมาะสม จะช่วยลดความรุนแรงของอาการและลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันได้อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก [1,2,3,4,6,16,17,18]

ดังนั้น การบูรณาการ GROW Model ร่วมกับสื่อดิจิทัลในการให้ความรู้ก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน จึงเป็นแนวทางที่สนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง (transitional care) และเพิ่มความรู้และทักษะในการจัดการอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ในผู้ป่วย COPD ได้อย่างยั่งยืน และเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของชุดสื่อดิจิทัลการโค้ชแบบโกรว์โมเดลต่อความรู้และทักษะในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบความรู้และทักษะ ก่อนและหลังการทดลอง (two group pre and post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติทั้งหมด 1,206 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวนทั้งหมด 80 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 40 ราย

การคำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power สำหรับการทดสอบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มอิสระ (two independent groups) ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ตามเกณฑ์ระดับปานกลาง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 72 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษา (attrition) ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 40 ราย และกลุ่มทดลอง 40 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรุนแรงของโรคระดับ E ตามเกณฑ์ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย

2. ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบรุนแรง สามารถอ่านพูดฟังและมองเห็น

3. ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาและเข้าร่วมวิจัย

5. มีค่าคะแนนความเหนื่อยขณะปัจจุบันไม่เกิน 3 คะแนน

6. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีสมาร์ทโฟน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรุนแรงของโรคระดับ A และ B ตามเกณฑ์ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย

2. ผู้ป่วยมีปัญหาการฟังและมองเห็น

3. เป็นผู้ป่วยติดเตียง

4. ไม่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

5. มีค่าคะแนนความเหนื่อยขณะปัจจุบันมากกว่า 3 คะแนนและผู้ป่วยให้ออกซิเจนและใส่ท่อทางเดินหายใจ

6. ผู้ป่วยโรคหัวใจและแพทย์ไม่อนุญาตให้เข้าร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 2 ชนิด คือ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ชุดสื่อดิจิทัลการโค้ชแบบโกรว์โมเดล โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย ข้อความรู้และทักษะทั้งหมด 8 เรื่องในการจัดการอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่ 1. การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น 2. การสงวนพลังงาน 3. การรับประทานอาหาร 4. การลดความเครียด 5. การออกกำลังกาย 6. การฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ 7. การฝึกการหายใจและ 8. การพ่นยาที่ถูกต้อง ซึ่งมีความยาวทั้งหมด 14.30 นาที และตัดเรื่องให้สั้นเพื่อแบ่งให้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะเรื่อง ไม่เกินเรื่องละ 2-3 นาทีต่อเรื่อง เนื้อหาควบคุมความรู้และทักษะที่จำเป็นสำคัญในการจัดการและป้องกันอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน และนำมาทำคิวอาร์โค้ดจัดทำเป็น One Page ในสื่อดิจิทัลมีภาพประกอบ ภาพกราฟิก ภาพเคลื่อนไหว และวีดิทัศน์สาธิต เพื่อส่งเสริมความเข้าใจและการเรียนรู้ของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ง่ายต่อศึกษาและฝึกทักษะ ขั้นตอนการเรียนรู้โค้ชแบบโกรว์โมเดล 1. ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย 2. ผู้ป่วยตระหนักถึงข้อจำกัดและปัจจัยเสี่ยงของตนเอง 3. ให้ทางเลือกเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมคิดแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมและ 4. วางแผนปฏิบัติและปฏิบัติจริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 40 ข้อ ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินความรู้ตามวัตถุประสงค์และเนื้อหาในการป้องกันและจัดการอาการหอบกำเริบเฉียบพลันจำนวน 40 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา 8 เรื่อง มีลักษณะเป็นตัวเลือก 2 ตัว คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 30 ข้อถ้า ตอบ “ใช่” ได้ 1 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่”ได้ 0 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 10 ข้อ ประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ bloom มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้ ความรู้ระดับสูงได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (32-40 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลางได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.00-79.99 (24-31) คะแนน ความรู้ระดับต่ำได้ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (น้อยกว่า 24 คะแนน)

2.2. แบบประเมินทักษะสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 24 ข้อ ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินทักษะ 4 เรื่องที่สำคัญจำเป็นได้แก่ 1. การออกกำลังกาย 2. การฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ 3. การฝึกการหายใจและ 4. การพ่นยาที่ถูกต้อง แบบประเมินทักษะทั้งหมด 24 คะแนน ประกอบด้วย 1. การออกกำลังกาย 6 ข้อ 2. การฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ 6 ข้อ 3. การฝึกการหายใจ 6 ข้อ และ 4. การพ่นยาที่

ถูกต้อง 6 ข้อ โดยใช้แบบประเมินที่มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติถูกต้องได้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์ประเมินผลระดับทักษะทั้งหมด 24 คะแนน โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ bloom มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้ ทักษะระดับสูงได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (19.2-24 คะแนน) ทักษะระดับปานกลางได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.00-79.99 (14.4-19.2) คะแนน ทักษะระดับต่ำได้ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (น้อยกว่า 14.4 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ชุดสื่อดิจิทัลการโค้ชแบบโกรว์โมเดล โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 12 ฉบับที่มีระดับความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt[19] ประกอบไปด้วย ระดับ 1 จำนวน 4 ฉบับ, ระดับ 2 จำนวน 2 ฉบับ, ระดับ 3 จำนวน 1 ฉบับ, ระดับ 4 จำนวน 1 ฉบับและระดับ 5 จำนวน 4 ฉบับ grade of recommendation ระดับ A ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของภาษา ความครบถ้วนของเนื้อหาตามความเห็นและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.90

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินความรู้ ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของภาษา ความครบถ้วนของเนื้อหาตามความเห็นและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80 และตรวจสอบค่าความเที่ยง โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแล้วนำไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88

2.2 แบบประเมินทักษะ ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ประจำคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของภาษา ความครบถ้วนของเนื้อหาตามความเห็นและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.85 และตรวจสอบค่าความเที่ยง โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแล้วนำไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงมกราคม 2569 ตามขั้นตอนดังนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าภารกิจด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัยเมื่อได้รับหนังสืออนุญาตผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย แนะนำตัวต่อเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยแจ้งวันเวลาที่จะเริ่ม เก็บข้อมูลและขอความร่วมมือจากแพทย์ประจำตัวผู้ป่วย หัวหน้าเวร แนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติขอความยินยอมเข้าโครงการวิจัยและ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดย 1. ประเมินอาการหอบปัจจุบัน 2. ประเมินความรู้และทักษะก่อนการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มควบจะได้การพยาบาล

ตามมาตรฐานและกลุ่มทดลองจะได้การพยาบาลตามมาตรฐานร่วมกับชุดสื่อดิจิทัลการโค้ชแบบโกรว์โมเดลมีการโค้ชทั้งหมด 4 ครั้ง และ ประเมินความรู้และทักษะหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนบุคคลให้สถิติพื้นฐาน จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบก่อนหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกันใช้สถิติ paired t-test การเปรียบเทียบต่างกลุ่มใช้สถิติ independent t-test หลังจากที่ tested normal distribution พบว่ามีการแจกแจงแบบปกติ

จริยธรรมการวิจัย

จริยธรรมการวิจัยงานวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยชินวัตร เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2568 เลขที่ IRB 2025/29

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 34 คน (ร้อยละ 85.00) และเพศหญิง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 15.00) มีอายุเฉลี่ย 68.07 ± 8.23 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 35 คน (ร้อยละ 87.50) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา จำนวน 4 คน (ร้อยละ 10.00) และระดับปริญญาตรี จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.50) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 10.07 ± 7.23 ปี

กลุ่มทดลองจำนวน 40 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 36 คน (ร้อยละ 90.00) และเพศหญิง จำนวน 4 คน (ร้อยละ 10.00) มีอายุเฉลี่ย 69.50 ± 9.21 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 37 คน (ร้อยละ 92.50) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.50) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.55 ± 8.45 ปี

การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วย แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะก่อนและหลังภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ค่าคะแนนความรู้และทักษะ ก่อนและหลังภายในกลุ่ม	กลุ่มควบคุม (n=40) ก่อนทดลอง (Mean ± SD)	กลุ่มทดลอง (n=40)หลังทดลอง (Mean ± SD)	t	p-value
กลุ่มควบคุม คะแนนความรู้ (40)	21.05 ± 3.45	22.10 ± 3.30	1.62	.112
กลุ่มควบคุม คะแนนทักษะ (24)	12.20 ± 2.60	13.05 ± 2.55	1.45	.130
กลุ่มทดลอง คะแนนความรู้ (40)	21.30 ± 3.20	34.60 ± 2.85	17.42	<.001*
กลุ่มทดลอง คะแนนทักษะ (24)	12.35 ± 2.45	20.40 ± 2.30	13.96	<.001*

P< .05

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มควบคุมคะแนนความรู้และทักษะก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานและชุดสื่อดิจิทัลการโค้ชแบบโกรว์โมเดล มีคะแนนความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ค่าคะแนนความรู้และทักษะ ก่อนการทดลอง	กลุ่มควบคุม (n=40) (Mean ± SD)	กลุ่มทดลอง (n=40) (Mean ± SD)	t	p-value
คะแนนความรู้ (40)	21.05 ± 3.45	21.30 ± 3.20	0.34	.736
คะแนนทักษะ (24)	12.20 ± 2.60	12.35 ± 2.45	0.27	.789

P< .05

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนความรู้และทักษะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ค่าคะแนนความรู้และทักษะ หลังการทดลอง	กลุ่มควบคุม (n=40) (Mean ± SD)	กลุ่มทดลอง (n=40) (Mean ± SD)	t	p-value
คะแนนความรู้ (40)	22.10 ± 3.30	34.60 ± 2.85	16.88	<.001*
คะแนนทักษะ (24)	13.05 ± 2.55	20.40 ± 2.30	12.74	<.001*

P< .05

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และทักษะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานร่วมกับชุดสื่อดิจิทัลการโค้ชแบบ GROW Model มีคะแนนความรู้และทักษะในการจัดการอาการหอบกำเริบเฉียบพลันสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้และทักษะไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ดังนั้น ความแตกต่างที่เกิดขึ้นหลังการทดลองจึงสามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลจากชุดสื่อดิจิทัลการโค้ชแบบ GROW Model ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 86.5 ของคะแนนเต็ม และคะแนนทักษะคิดเป็นร้อยละ 85.0 ของคะแนนเต็ม สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของชุดสื่อดิจิทัลการโค้ชแบบ GROW Model[7] ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยอย่างชัดเจน การเพิ่มขึ้นของคะแนนดังกล่าวอาจอธิบายได้จากกระบวนการโค้ชตามแนวคิดของ GROW Model ซึ่งส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการสะท้อนคิดของผู้ป่วย ในขั้นตอน Goal ผู้ป่วยได้กำหนดเป้าหมายร่วมกับพยาบาล ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจภายในในการเรียนรู้ ขั้นตอน Reality ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงระดับความรุนแรงของโรค อาการ และพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ทำให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ[4,6,10] ขั้นตอน Options เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพิจารณาทางเลือกในการจัดการอาการ เช่น การใช้ยาพ่นอย่างถูกวิธี การฝึกหายใจ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และขั้นตอน Will ส่งเสริมความตั้งใจปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติ ในทางตรงกันข้าม กลุ่มควบคุมแม้จะมีคะแนนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากการได้รับข้อมูลตามมาตรฐานยังขาดกระบวนการกระตุ้นการมีส่วนร่วมและการฝึกทักษะอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้สื่อดิจิทัลร่วมกับกระบวนการโค้ชตาม GROW Model สามารถส่งเสริมทั้งมิติด้านความรู้และ

ทักษะการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่การลดการกลับมารักษาซ้ำและการควบคุมโรคในระยะยาว ทั้งนี้ ควรมีการติดตามผลในระยะยาวเพิ่มเติมเพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก[8,9,12,16]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำชุดสื่อดิจิทัลการโค้ชแบบ GROW Model ไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลอื่นๆ

2. สามารถนำชุดสื่อดิจิทัลการโค้ชแบบ GROW Model ไปพัฒนาใช้ในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น

3. สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาเกิดประโยชน์ได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1. สามารถใช้เป็นนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้ชุดสื่อดิจิทัลการโค้ชแบบ GROW Model

2. สามารถใช้เป็นแนวทางในระดับโรงพยาบาลพัฒนาให้เป็นมาตรฐานเฉพาะโรค

3. สามารถผลักดันชุดสื่อดิจิทัลการโค้ชแบบ GROW Model ต่อระบบบริการสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์สุภาพ สำราญวงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ให้การสนับสนุนและเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัย รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณ นางสัญญา กุลแก้ว หัวหน้าภารกิจด้านการพยาบาล และนางวรรณี ทิพย์มณี หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม ที่ให้คำแนะนำ สนับสนุน และส่งเสริมการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage. COPD Thai guideline. 1st ed. Bangkok: Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage; 2025. Thai

2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2025 report. 2025.

3.World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Western Pacific Region. Commun Dis Intell. 2025.

4. Putti S. The effects of the Isan language video learning media on knowledge and skills to manage acute exacerbation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Nurs Sci Health. 2020; 43(3): 84-96. Thai.

5. Teeranuch A, Surit P, Methakanjanasak N, et al. Effect of the first-aid workshop on knowledge, attitudes and practice skills of working-age people. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2017. Thai.

6. Putti S, Kongkasem P. The development of education and skill on behavior to prevent acute exacerbation and readmission within 28 days in patients with chronic obstructive pulmonary disease in a hospital. JRTAN. 2024; 25(1): 402-12. Thai.

7. Alexander G. Behavioral coaching–the GROW model. In: Passmore J, editors. Excellence in coaching: the industry guide. Philadelphia: Kogan; 2010. p. 84–93.

8. Press VG, Kelly CA, Kim JJ, et al. Virtual teach-to-goal adaptive learning of inhaler technique for inpatients with asthma or COPD. J Allergy Clin Immunol Pract. 2017; 5(4): 1032-9.e1. doi: 10.1016/j.jaip.2016.11.018
9. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: handbook I: cognitive domain. New York: David McKay; 1976.
10. Tantalanukul S, Isarangura P, Fongkerd S. Self-care to enhance quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Boromarajonani Coll Nurs Uttaradit J. 2020; 9(2): 140-51. Thai.
11. Tipkanjanaraykha K, Charoenchit L. The nurse role for symptom management of older adults with chronic obstructive pulmonary disease: A case study. JHNR. 2022; 38(3): 12-25. Thai.
12. The Thai Nursing and Midwifery Council. Announcement of the Thai Nursing and Midwifery Council on the scope and competencies of advanced practice nurses in various fields [Internet]. Bangkok: The Council; 2008 [cited 2025 Feb 18]. Available from: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H014.pdf
13. Thongprasit S, Noonil N, Sonpaveerawong J. Medication behavior of patients with chronic obstructive pulmonary disease at home, Thasala District, Nakhon Si Thammarat Province. PNUJR. 2019; 10(3): 71-80. Thai.
14. Sungmontorn K, Krajaiklang S, Wansaen P. The development of care model for patients with chronic obstructive pulmonary disease in Surin Hospital. MJSBH. 2021; 36(2): 327-42. Thai.
15. Shrestha A, Singh SB, Khanal BK, et al. Health literacy and knowledge of chronic diseases in Nepal. Health Lit Res Pract. 2018; 2(4): e221-30. doi: 10.3928/24748307-20181025-01.
16. Putti S. Roles of Advanced Practice Nurses for Self-Management Support in New Older Patients of Chronic Obstructive Pulmonary Disease with an Acute Exacerbation: A Case Study.2025. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/article/view/270928
17. Definition of a COPD self-management intervention: International Expert Group consensus.2016. https://publications.ersnet.org/content/erj/48/1/46.
18. McCabe C, McCann M, Brady AM. Computer and mobile technology interventions for self-management in chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2017;5(5):CD011425. doi:10.1002/14651858.CD011425.pub2.
19 . Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Stillwell SB, Williamson KM. Evidence-based practice, step by step: Critical appraisal of the evidence: Part III. Am J Nurs. 2010;110(11):43–51.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

ผลตรวจหามะเร็งในต่อมทอนซิลของผู้ป่วยที่ตัดต่อมทอนซิลจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังและต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง

Pathological result of tonsils in patients undergone tonsillectomy from the indications Chronic/Recurrent Tonsillitis and Chronic Hypertrophic Tonsillitis ; Focused on malignancy.

(Received: December 18,2025 ; Revised: January 14,2026 ; Accepted: January 18,2026)

สิทธา จิรกุลสมโชค[1]
Sitta Jirakulsomchok[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลตรวจทางพยาธิวิทยาของต่อมทอนซิลต่อการเกิดมะเร็งและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการป่วยเป็นมะเร็งต่อมทอนซิล กลุ่มตัวอย่าง คือ จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 2,543 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Chi-square test และการหาขนาดของความสัมพันธ์ ใช้ค่าของ Odd Ratio, 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: พบว่า จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 2,543 ราย มีผู้ที่ได้รับการผ่าตัด 1,277 ราย (50.22%) และในจำนวนนี้ พบผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง 39 ราย คิดเป็น 1.53% และจากตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ สถานะสมรส ระดับการศึกษา โรคเรื้อรัง ดื่มสุรา ฟันผุ รายได้ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็นๆหายๆ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะดีนอยด์โต ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังได้รับผ่าตัด ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็นๆหายๆได้รับผ่าตัด ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตได้รับผ่าตัด และต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะดีนอยด์โตได้รับผ่าตัด เมื่อนำมาทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติแล้วพบว่า ปัจจัยเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งต่อมทอนซิลที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
คำสำคัญ: ต่อมทอนซิล, ทอนซิลอักเสบ, มะเร็งต่อมทอนซิล

Abstract

This survey research by retrospective study aimed to investigate the histopathological findings of tonsillar tissues for detecting malignant changes and to examine the association between independent variables and the occurrence of tonsillar cancer. The study population comprised 2,543 patients who underwent tonsillectomy at Kalasin Hospital. Data were retrospectively collected using a structured data record form. Descriptive statistics were applied to calculate frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values. Inferential statistics were analyzed using the Chi-square test, and the strength of associations was expressed as odds ratio (OR) with a 95% confidence interval (CI). The significance level was set at 0.05.

Results: Among 2,543 patients, 1,277 (50.22%) underwent tonsillectomy, and 39 of these patients (1.53%) were histologically diagnosed with tonsillar cancer. Variables examined—including sex, marital status, educational level, chronic diseases, alcohol consumption, dental caries, income level, chronic tonsillitis, recurrent tonsillitis, chronic hypertrophic tonsillitis, and chronic hypertrophic tonsillitis with adenoid hypertrophy—showed no statistically significant association with the occurrence of tonsillar cancer ($p > 0.05$).
Keywords: tonsil, tonsillitis, tonsillar cance

[1] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

ต่อมทอนซิล (tonsil) เป็นต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ในช่องคอ มีหลายตำแหน่ง แต่ส่วนที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดเมื่ออ้าปากคือ palatine tonsil ซึ่งอยู่ด้านข้างของคอข้างลิ้นไก่และโคนลิ้น ทำหน้าที่เป็นอวัยวะภูมิคุ้มกันในระบบทางเดินหายใจส่วนต้น โดยมีบทบาทในการสร้างเซลล์ภูมิคุ้มกันเพื่อต่อต้านเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ร่างกาย ต่อมทอนซิลอาจมีการโต (tonsillar hypertrophy) ซึ่งเกิดจากการเพิ่มจำนวนของเซลล์น้ำเหลือง หรือเกิดการอักเสบเรื้อรัง (chronic tonsillitis) ทำให้เกิดอาการเจ็บคอ กลืนลำบาก มีไข้เป็น ๆ หาย ๆ โดยมักพบร่วมกับโรคทางเดินหายใจส่วนบน เช่น โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ (allergic rhinitis), โรคไซนัสอักเสบเรื้อรัง (chronic rhinosinusitis) หรือโรคคออักเสบซ้ำ (recurrent pharyngotonsillitis) [1]

ภาวะต่อมทอนซิลอักเสบ (Tonsillitis) เป็นการอักเสบของต่อมทอนซิลซึ่งอาจเกิดจากเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี อาการที่พบบ่อย ได้แก่ เจ็บคอ ทอนซิลบวมแดง ปวดเมื่อกลืน ไข้ อ่อนเพลีย และต่อมน้ำเหลืองโต ส่วนภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังจะถูกกำหนดเมื่อมีอาการเฉียบพลัน 7 ครั้งหรือมากกว่าภายในหนึ่งปี สาเหตุหลักมักเกิดจากเชื้อ β-hemolytic Streptococcus หรือ Staphylococcus aureus การรักษามีตั้งแต่การดูแลแบบประคับประคอง การใช้ยาปฏิชีวนะ จนถึงการผ่าตัดต่อมทอนซิล (tonsillectomy) ในกรณีที่อาการเรื้อรังหรือรุนแรง ผู้ป่วยที่มี ต่อมทอนซิลโต (tonsillar hypertrophy) มักมีร่องหรือซอกที่เศษอาหารตกค้าง ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรัง แพทย์จะพิจารณาผ่าตัดต่อมทอนซิลเมื่อรักษาด้วยยาไม่ได้ผล หรือมีการอักเสบซ้ำบ่อยจนกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น ขาดเรียนหรือขาดงานบ่อย รวมถึงกรณีที่ต่อมทอนซิลโตมากจนเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจหรือนอนกรน (obstructive sleep apnea) หรือกรณีสงสัยมะเร็งต่อมทอนซิล[1]

และมีงานวิจัยในช่วงหลังได้รายงานถึงความสัมพันธ์ระหว่างการผ่าตัดต่อมทอนซิล (tonsillectomy) กับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในระยะยาว โดยพบว่าผู้ที่เคยผ่าตัดต่อมทอนซิลมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยต่อมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งไทรอยด์ โดยมีค่าอัตราส่วนความเสี่ยง (Hazard Ratio; HR) สำหรับมะเร็งทุกชนิดประมาณ 1.10 และความเสี่ยงดังกล่าวยังคงอยู่มากกว่า 20 ปี หลังการผ่าตัด (2–4) กลไกที่อธิบายได้คือ การเอาต่อมทอนซิลออกอาจส่งผลให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง ทำให้เกิดความไวต่อเชื้อโรคหรือการอักเสบเรื้อรังที่มีบทบาทในการเกิดมะเร็ง[2] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในบางประเทศยังไม่สอดคล้องกัน โดยบางงานวิจัยพบว่าการผ่าตัดต่อมทอนซิลอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งบางชนิด (เช่น มะเร็งฮอดจ์กิน) แต่ในขณะเดียวกันอาจลดความเสี่ยงของมะเร็งในบางตำแหน่ง (เช่น มะเร็งช่องปาก) [3,4] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีการให้บริการผ่าตัดต่อมทอนซิลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง (Chronic/Recurrent Tonsillitis) และต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง (Chronic Hypertrophic Tonsillitis) โดยทั่วไป การผ่าตัดจะพิจารณาเมื่อการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น การนอนกรนหรือหยุดหายใจขณะหลับ การผ่าตัดจะทำโดยการดมยาสลบ และใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะต้องพักฟื้นประมาณ 1-2 วัน หากไม่มีเลือดออกและสามารถรับประทานอาหารได้ดี แพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้านได้ การผ่าตัดนี้ไม่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เนื่องจากยังมีต่อมน้ำเหลืองอื่น ๆ ที่ทำหน้าที่ในการจับเชื้อโรค อย่างไรก็ตาม มีความกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งในอนาคตหลังการผ่าตัด โดยมีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ที่ทำการผ่าตัดอาจมีความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการเกิดมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งเต้านมและมะเร็งต่อมลูกหมาก แม้ว่าการผ่าตัดจะไม่ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ก็มีความกังวลว่าการขาดต่อมทอนซิลอาจส่งผลต่อการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อ นอกจากนี้ การผ่าตัดอาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น

เลือดออกจากแผลผ่าตัดหรือการติดเชื้อหลังการผ่าตัด ซึ่งอาจทำให้ต้องเข้ารับการรักษาเพิ่มเติม นอกจากนี้ การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ก็มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งทอนซิลในบางกรณี และผู้ป่วยบางรายอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งหลังการผ่าตัด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ป่วย

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลตรวจหามะเร็งในต่อมทอนซิลของผู้ป่วยที่ตัดต่อมทอนซิลจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังและต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง เพื่อทราบถึงผลทางพยาธิวิทยาของต่อมทอนซิลที่ถูกตัดจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง(Chronic/ Recurrent Tonsillitis) และต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง(Chronic Hypertrophic Tonsillitis) ต่อการเกิดมะเร็ง ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อในต่อมทอนซิลที่อาจเป็นสัญญาณบ่งชี้ถึงความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งได้ นอกจากนี้ยังสามารถระบุลักษณะของการติดเชื้อหรือการอักเสบที่เกิดขึ้นในต่อมทอนซิล ซึ่งอาจมีผลต่อการพัฒนาของโรคในอนาคต การศึกษานี้จึงมีความจำเป็นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลกระทบของการผ่าตัดต่อมทอนซิลต่อสุขภาพในระยะยาว และเพื่อปรับปรุงแนวทางการรักษาและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะนี้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาผลตรวจทางพยาธิวิทยาของต่อมทอนซิลที่ถูกตัดจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง (Chronic/Recurrent Tonsillitis) และต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง(Chronic Hypertrophic Tonsillitis) ต่อการเกิดมะเร็ง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการป่วยเป็นมะเร็งต่อมทอนซิล

สมมุติฐานงานวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของตัวแปรอิสระและต่อมทอนซิลที่ถูกตัดจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง (Chronic/Recurrent Tonsillitis) และต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง(Chronic Hypertrophic Tonsillitis) มีโอกาสพบมะเร็ง

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลตรวจทางพยาธิวิทยาของต่อมทอนซิลต่อการเกิดมะเร็งและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการป่วยเป็นมะเร็งต่อมทอนซิล ระยะเวลาในการทำการวิจัย คือ เดือน มกราคม พ.ศ. 2554 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2554-2567 จำนวน 2,543 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยการตรวจหามะเร็งในต่อมทอนซิลของผู้ป่วยที่ตัดต่อมทอนซิลจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังและต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง และใช้สถิติในการวิเคราะห์ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบสมมติฐานและหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยใช้การสถิติ Chi-Square test, Odd Ratio และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามที่กำหนดโดยสภาวิจัยแห่งชาติ (National Research Council of Thailand: NRCT) และแนวทางของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และผู้วิจัยได้ยื่นขอพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการ เลขที่รับรองจริยธรรม: 080/2025

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลตรวจหามะเร็งในต่อมทอนซิลของผู้ป่วยที่ตัดต่อมทอนซิลจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังและต่อมทอนซิลโตเรื้อรัง พ.ศ. 2554-2567 ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลมาสรุปได้ดังนี้

จากการวิจัย พบว่า ตารางนี้แสดงจำนวนและสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในต่อมทอนซิลในช่วงปี 2554-2567 โดยจำแนกตามประเภทของโรคที่เกี่ยวข้องกับต่อมทอนซิล โดยมีรายละเอียดดังนี้:

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง (Chronic tonsillitis) มีผู้ป่วยทั้งหมด 442 ราย ในจำนวนนี้ มี 416 ราย (94.12%) ที่ได้รับการผ่าตัด มีผู้ที่พบว่าเป็นมะเร็ง 7 ราย คิดเป็น 1.58%

ต่อมทอนซิลอักเสบเป็นๆ หายๆ (Recurrent tonsillitis) มีผู้ป่วยทั้งหมด 1,234 ราย มีการผ่าตัด 65 ราย (5.27%) พบมะเร็ง 9 ราย คิดเป็น 0.73%

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต (Chronic hypertrophic tonsillitis) มีผู้ป่วยทั้งหมด 646 ราย มีการผ่าตัด 588 ราย (91.02%) พบมะเร็ง 10 ราย คิดเป็น 1.55%

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต ร่วมกับอะดีนอยด์โต (Chronic hypertrophic tonsillitis with adenoid) มีผู้ป่วยทั้งหมด 221 ราย มีการผ่าตัด 208 ราย (94.12%) พบมะเร็ง 13 ราย คิดเป็น 5.88%

สรุปรวม จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 2,543 ราย มีผู้ที่ได้รับการผ่าตัด 1,277 ราย (50.22%) และในจำนวนนี้ พบผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง 39 ราย คิดเป็น 1.53% ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการป่วยเป็นโรคมะเร็งในต่อมทอนซิล

โรค	ชื่อโรค	2554-2567				
		โรค	ผ่าตัด	ร้อยละผ่าตัด	ป่วยเป็นมะเร็ง	ร้อยละป่วยเป็นโรคมะเร็ง
Chronic tonsillitis	ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	442	416	94.12	7	1.58
Recurrent tonsillitis	ต่อมทอนซิลอักเสบเป็นๆ หายๆ	1234	65	5.27	9	0.73
Chronic hypertrophic tonsillitis	ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต	646	588	91.02	10	1.55
Chronic hypertrophic tonsillitis with adenoid	ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะดีนอยด์โต	221	208	94.12	13	5.88
รวม		**2,543**	**1277**	**50.22**	**39**	**1.53**

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดทางระบาดวิทยาของโรคมะเร็งในต่อมทอนซิล

โรค	ชื่อโรค	ตัวชี้วัดทางระบาดวิทยาของโรค		
		Sensitivity	Specificity	Accuracy
Chronic tonsillitis	ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	1.000	0.060	0.750
Recurrent tonsillitis	ต่อมทอนซิลอักเสบเป็นๆ หายๆ	1.000	0.954	0.955
Chronic hypertrophic tonsillitis	ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต	1.000	0.091	0.105
Chronic hypertrophic tonsillitis with adenoid	ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะดีนอยด์โต	1.000	0.062	0.118

จากตารางที่ 2 พบว่า ทุกกลุ่มโรคมีค่า Sensitivity เท่ากับ 1.000 ซึ่งหมายความว่าการตรวจคัดกรองสามารถระบุผู้ที่มีโรคได้ทั้งหมด (ไม่มีพลาด) ซึ่ง Recurrent tonsillitis มี Specificity และ

Accuracy สูงที่สุด (0.954 และ 0.955 ตามลำดับ) ซึ่งหมายถึงการตรวจมีความแม่นยำสูงมาก สามารถคัดกรองได้ดี Chronic hypertrophic tonsillitis และ Chronic hypertrophic tonsillitis with adenoid มีค่าความจำเพาะต่ำมาก (0.091 และ 0.062) และค่าความถูกต้องต่ำมาก (0.105 และ 0.118) แสดงว่าการตรวจอาจมีโอกาสระบุผลผิดพลาดสูง และ Chronic tonsillitis มีค่า Accuracy 0.750 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง หมายความว่าการตรวจวินิจฉัยมีความแม่นยำพอสมควรแต่ยังไม่สมบูรณ์

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคมะเร็งในต่อมทอนซิล

จากการวิจัย พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคมะเร็งในต่อมทอนซิลนั้น ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่:

เพศ: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างเพศชายและหญิงกับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.530, 95%CI = 0.188-1.499, p = 0.224)

สถานะสมรส: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานะสมรสกับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.534, 95%CI = 0.128-2.323, p = 0.383)

ระดับการศึกษา: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 1.853, 95%CI = 0.568-6.052, p = 0.299)

โรคเรื้อรัง: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคเรื้อรังกับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.492, 95%CI = 0.205-1.179, p = 0.104)

การดื่มสุรา: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.620, 95%CI = 0.188-2.041, p = 0.427)

ฟันผุ: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างฟันผุกับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.439, 95%CI = 0.183-1.053, p = 0.740)

รายได้: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับรายได้กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.809, 95%CI = 0.428-1.517, p = 0.502)

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังกับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.539, 95%CI = 0.191-1.525, p = 0.237)

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.589, 95%CI = 0.305-1.139, p = 2.529)

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตกับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.530, 95%CI = 0.210-1.270, p = 0.148)

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะดีนอยด์โต: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะดีนอยด์โตกับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.273, 95%CI = 0.037-1.999, p = 0.171)

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังได้รับผ่าตัด: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังกับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.580, 95%CI = 0.205-1.642, p = 0.299)

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ ได้รับผ่าตัด: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ ที่ได้รับผ่าตัดกับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 1.016, 95%CI = 1.011-1.021, p = 0.308)

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตได้รับผ่าตัด: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตที่ได้รับผ่าตัดกับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.600, 95%CI = 0.250-1.440, p = 0.248)

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะดีนอยด์โตได้รับผ่าตัด: ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะดีนอยด์โตที่ได้รับผ่าตัดกับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (OR = 0.292, 95%CI = 0.040-2.138, p = 0.197) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการป่วยเป็นมะเร็งต่อมทอนซิล

ตัวแปร	ป่วยเป็นมะเร็ง		OR	95%CI		χ^2	p-value
	ป่วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ป่วย จำนวน (ร้อยละ)		Lower	Upper		
เพศ							
ชาย	4 (10.30)	444 (17.70)	0.530	0.188	1.499	1.479	0.224
หญิง	35 (89.70)	2060 (82.30)					
สถานะสมรส							
โสด/หม่าย/แยก	2 (5.10)	230 (9.20)	0.534	0.128	2.323	0.762	0.383
คู่	37 (94.90)	2,274 (90.80)					
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	36 (92.3)	2169 (86.60)	1.853	0.568	6.052	1.077	0.299
สูงกว่าประถมศึกษา	3 (7.70)	335 (13.40)					
โรคเรื้อรัง							
มี	6 (15.40)	676 (27.00)	0.492	0.205	1.179	2.638	0.104
ไม่มี	33 (84.60)	1828 (73.00)					
ประดื่มสุรา							
ดื่ม	36 (92.30)	2381 (95.10)	0.620	0.188	2.041	0.630	0.427
ไม่ดื่ม	3 (7.70)	123 (4.90)					
ฟันผุ							
มี	6 (15.40)	733 (29.30)	0.439	0.183	1.053	3.593	0.740
ไม่มี	33 (84.60)	1771 (70.70)					

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการป่วยเป็นมะเร็งต่อมทอนซิล

ตัวแปร	ป่วยเป็นมะเร็ง		OR	95%CI		χ^2	p-value
	ป่วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ป่วย จำนวน (ร้อยละ)		Lower	Upper		
รายได้							
ต่ำกว่า 6,000	19 (48.70)	1355 (54.10)	0.809	0.428	1.517	0.450	0.502
สูงกว่า 6,000	20 (51.30)	1149 (45.90)					
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง							
ป่วย	4 (10.30)	438 (17.50)	0.539	0.191	1.525	1.400	0.237
ไม่ป่วย	35 (89.70)	2066 (82.50)					
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็นๆ หายๆ							
ป่วย	14 (35.90)	1220 (48.70)	0.589	0.305	1.139	2.529	2.529
ไม่ป่วย	25 (64.10)	1284 (51.30)					
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต							
ป่วย	6 (15.40)	640 (25.60)	0.530	0.21	1.270	2.098	0.148
ไม่ป่วย	33 (84.60)	1864 (74.40)					
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะดีนอยด์โต							
ป่วย	1 (2.60)	220 (8.80)	0.273	0.037	1.999	1.873	0.171
ไม่ป่วย	38 (97.40)	2284 (91.20)					
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังได้รับผ่าตัด							
ป่วย	4 (10.30)	412 (16.50)	0.580	0.205	1.642	1.078	0.299
ไม่ป่วย	35 (89.70)	2092 (83.50)					
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็นๆ หายๆได้รับผ่าตัด							
ป่วย	0 (0.00)	65 (2.60)	1.016	1.011	1.021	1.039	0.308
ไม่ป่วย	39 (100)	2439 (97.40)					

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการป่วยเป็นมะเร็งต่อมทอนซิล

ตัวแปร	ป่วยเป็นมะเร็ง		OR	95%CI		χ^2	p-value
	ป่วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ป่วย จำนวน (ร้อยละ)		Lower	Upper		
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตได้รับผ่าตัด							
ป่วย	6 (15.40)	582 (23.20)	0.600	0.250	1.440	1.334	0.248
ไม่ป่วย	33 (84.60)	1922 (76.80)					
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะดีนอยด์โตได้รับผ่าตัด							
ป่วย	1 (2.60)	207 (8.30)	0.292	0.040	2.138	1.663	0.197
ไม่ป่วย	38 (97.40)	2297 (91.70)					

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปกับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิลผลการศึกษานี้พบว่า ตัวแปรข้อมูลทั่วไป 7 ตัว ได้แก่ เพศ สถานะสมรส ระดับการศึกษา โรคเรื้อรัง การดื่มสุรา ภาวะฟันผุ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิลที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

เพศ: ผลการศึกษานี้พบว่าเพศไม่สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล (OR = 0.530, 95% CI = 0.188–1.499, p = 0.224) สอดคล้องกับรายงานของ Han และคณะ (2019) ที่พบว่าเพศไม่ได้เป็นตัวทำนายอิสระของการเกิดมะเร็งออโรฟารินซ์ รวมถึงมะเร็งต่อมทอนซิล [5] แม้เพศชายมักมีอัตราการเกิดโรคสูงกว่าเพศหญิง แต่เมื่อตัดผลของปัจจัยร่วม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือการติดเชื้อ HPV พบว่าความแตกต่างระหว่างเพศไม่เหลือความหมายทางสถิติ [6,7]

สถานะสมรส ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานะสมรสกับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล สอดคล้องกับงานของ Holló (2021) ที่รายงานว่าปัจจัยทางสังคม เช่น การแต่งงาน มีผลต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ แต่ไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งโดยตรง[8] งานวิจัยทางระบาดวิทยาเชิงสังคมอธิบายว่า แม้ผู้ที่มีคู่ครองอาจมีแนวโน้มตรวจสุขภาพสม่ำเสมอกว่า แต่ไม่พบความแตกต่างด้านอัตราการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญเมื่อควบคุมปัจจัยพฤติกรรม [9.]

ระดับการศึกษา ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Han และคณะ (2019) ที่พบว่า ปัจจัยทางการศึกษามีผลต่อการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมการดูแลช่องปากมากกว่าอัตราการเกิดมะเร็ง[5] งานของ Hoffmann และคณะ (2023) ยังพบว่ามะเร็งต่อมทอนซิลส่วนใหญ่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HPV และพฤติกรรมเสี่ยงเฉพาะมากกว่าฐานะทางการศึกษา[6]

โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ ไม่พบความสัมพันธ์กับมะเร็งต่อมทอนซิลในงานวิจัยนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Holló (2021) ที่พบว่าการมีโรคประจำตัวไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งต่อมทอนซิลหรือออโรฟารินซ์[8]

ผลดังกล่าวชี้ว่ากลไกการเกิดโรคมะเร็งต่อมทอนซิลมีความเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ HPV และพฤติกรรมในช่องปากมากกว่าภาวะโรคระบบเรื้อรัง.

การดื่มสุรา ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งแตกต่างจากมะเร็งช่องปากบางชนิดที่มีการเชื่อมโยงกับแอลกอฮอล์อย่างชัดเจน ผลนี้สอดคล้องกับ Klein และคณะ ที่รายงานว่า การดื่มสุราเพียงอย่างเดียวไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญสำหรับมะเร็งต่อมทอนซิล แต่ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีปัจจัยร่วม เช่น การสูบบุหรี่ หรือสุขอนามัยช่องปากไม่ดี[7,10]

ฟันผุ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างฟันผุกับมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานทางทันตเวชระบาดวิทยาที่ระบุว่า การอักเสบเรื้อรังของเยื่อบุช่องปากมีผลต่อมะเร็งช่องปากโดยตรง แต่มีผลจำกัดต่อบริเวณต่อมทอนซิล[6,9.] การที่ผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ อาจสะท้อนถึงกลไกของโรคที่เน้นปัจจัยไวรัสและพฤติกรรมมากกว่าภาวะทางทันตกรรม.

รายได้ รายได้ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งสอดคล้องกับ Holló และ Hoffmann ที่ระบุว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิต แต่ไม่ใช่สาเหตุโดยตรงของมะเร็งต่อมทอนซิล[6,8] ผลดังกล่าวสะท้อนว่า แม้รายได้ต่ำอาจสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากที่ด้อยกว่า แต่ไม่ได้เป็นตัวแปรเชิงสาเหตุในพยาธิสรีรวิทยาของมะเร็งต่อมทอนซิล.

โดยสรุป ตัวแปรข้อมูลทั่วไปทั้ง 7 ตัว ได้แก่ เพศ สถานะสมรส ระดับการศึกษา โรคเรื้อรัง การดื่มสุรา ฟันผุ และรายได้ ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับวรรณกรรมวิชาการในช่วงปี 2019–2024 ที่ชี้ว่า ปัจจัยประชากรทั่วไปไม่ใช่ตัวทำนายโดยตรงของมะเร็งต่อมทอนซิล หากแต่การติดเชื้อ HPV และพฤติกรรมสุขภาพบางประเภทมีบทบาทสำคัญมากกว่า

การอภิปรายผลทางคลินิกกับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล

ผลการศึกษานี้พบว่า ตัวแปรทางคลินิก 8 ตัว ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิลที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Holló (2021) ที่ศึกษาประชากรขนาดใหญ่กว่า 5 แสนรายในยุโรปและพบว่า ประวัติต่อมทอนซิลอักเสบหรือการอักเสบเรื้อรังไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิลในระยะยาว [11] ผลนี้สนับสนุนแนวคิดว่าการอักเสบเรื้อรังของต่อมทอนซิลเป็นกระบวนการเฉพาะที่ซึ่งไม่จำเป็นต้องนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของเซลล์จนเกิดมะเร็ง[12]

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ

ไม่พบความสัมพันธ์เช่นเดียวกันกับมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Orvidas และคณะ ที่รายงานว่า การอักเสบซ้ำของต่อมทอนซิลไม่มีหลักฐานเชิงระบาดวิทยาที่ชี้ว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งออโรฟารินซ์[13] การอักเสบซ้ำ ๆ อาจเพิ่มขนาดของต่อมทอนซิลหรือเกิดพังผืด แต่ไม่เกี่ยวข้องกับการกลายพันธุ์ของเซลล์ในระดับที่นำไปสู่มะเร็ง.

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโต ไม่พบความสัมพันธ์กับมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งสอดคล้องกับผลของ Dhanuthai และคณะ ที่ระบุว่า ภาวะต่อมทอนซิลโตเป็นเพียงปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันต่อสิ่งกระตุ้นเรื้อรัง ไม่ใช่กระบวนการก่อมะเร็ง[14] เซลล์ที่เพิ่มจำนวนในภาวะ hypertrophy เป็น lymphoid hyperplasia ซึ่งไม่มีการกลายพันธุ์แบบ neoplastic transformation.

ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะดีนอยด์โต ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์เช่นกัน และสอดคล้องกับรายงานของ Park และคณะ (2021) ที่ศึกษากลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นในเอเชีย พบว่าภาวะต่อมทอนซิล–อะดีนอยด์โตสัมพันธ์กับปัญหาทางเดินหายใจส่วนบน มากกว่าการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ชนิดมะเร็ง[15]

การผ่าตัดต่อมทอนซิล ผลการศึกษาพบว่าการได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิลไม่เพิ่มความเสี่ยง

มะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Holló (2021) และงานของ Marklund และคณะ (2020) ที่รายงานว่าการผ่าตัดอาจช่วยลดการอักเสบเรื้อรังและลดการสัมผัสสารก่อมะเร็งในระยะยาว [11,16]

อย่างไรก็ตาม งานบางชิ้นในยุโรป เช่น Hassani และคณะ พบความสัมพันธ์เล็กน้อยในบางกลุ่มอายุ แต่ไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ [17]

การผ่าตัดในกลุ่มชนิดเป็น ๆ หาย ๆ และชนิดโตทั้งกลุ่มต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ ได้รับผ่าตัด และกลุ่มต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตได้รับผ่าตัด ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประชากรจากสแกนดิเนเวียของ Svensson และคณะ ที่ยืนยันว่าการผ่าตัดไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งศีรษะและคอในระยะยาว [(18)]

การผ่าตัดในกลุ่มชนิดโตร่วมกับอะดีนอยด์โต กลุ่มผู้ที่มีภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังชนิดโตร่วมกับอะดีนอยด์โตและได้รับการผ่าตัด ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิลเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมโสตศอ นาสิกวิทยาแห่งสหรัฐฯ ที่ระบุว่าการผ่าตัดในกลุ่มนี้เป็นเพื่อบรรเทาอาการอุดกั้นทางเดินหายใจและลดการติดเชื้อซ้ำ มากกว่ามีผลทางเนื้องอกวิทยาโดยตรง[12,18]

สรุปภาพรวม

โดยสรุป ตัวแปรทางคลินิกทั้งหมด 8 ตัว ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานทางการแพทย์ช่วงปี 2020–2024 ที่ชี้ว่ามะเร็งต่อมทอนซิลมีสาเหตุหลักจากการติดเชื้อ HPV และปัจจัยโมเลกุล มากกว่าภาวะอักเสบหรือการผ่าตัดต่อมทอนซิลในอดีต

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่าไม่มีตัวแปรใดที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมทอนซิลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยหลายประการที่อาจมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดโรคแต่ไม่ได้รวมอยู่ในการศึกษานี้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้:

1. การศึกษาในกลุ่มประชากรที่ใหญ่ขึ้น ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีความหลากหลายมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมทอนซิล ซึ่งจะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ได้แม่นยำยิ่งขึ้น

2. การวิเคราะห์ปัจจัยทางพันธุกรรมและไวรัส HPV งานวิจัยหลายฉบับระบุว่าไวรัส Human Papillomavirus (HPV) โดยเฉพาะสายพันธุ์ HPV-16 มีความเกี่ยวข้องกับมะเร็งออโรฟารินซ์ รวมถึงมะเร็งต่อมทอนซิล ดังนั้น ควรมีการศึกษาทางพันธุกรรมและการตรวจหาเชื้อ HPV ในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเพื่อระบุความสัมพันธ์ของไวรัสนี้กับมะเร็งต่อมทอนซิลในประชากรไทย

3. การศึกษาผลกระทบของการสูบบุหรี่และพฤติกรรมสุขภาพ ควรเพิ่มตัวแปรเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และปัจจัยด้านอาหาร เนื่องจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ระบุว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งออโรฟารินซ์และอาจส่งผลต่อมะเร็งต่อมทอนซิลได้

4. การติดตามผลระยะยาวของผู้ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิล การศึกษาผลกระทบของการผ่าตัดต่อมทอนซิลต่ออัตราการเกิดมะเร็งในระยะยาวยังมีข้อมูลที่จำกัด แม้ว่าการศึกษาของ Fakhry et al. (2015) และ Glitzky et al. (2025) จะระบุว่าการผ่าตัดต่อมทอนซิลอาจช่วยลดความเสี่ยงของมะเร็งต่อมทอนซิลได้ แต่ยังจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน

5. การวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับอาการต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรังและชนิดของการอักเสบ ควรศึกษาว่าประเภทของต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง (เช่น การอักเสบชนิดเป็น ๆ หาย ๆ หรือการอักเสบชนิดโต) มีผลต่อการเกิดมะเร็งหรือไม่ โดยอาจใช้เทคนิคทางพยาธิวิทยาและชีวโมเลกุลเพื่อระบุความเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์ที่อาจนำไปสู่มะเร็ง

เอกสารอ้างอิง

1.ปารยะ อาศนะเสน. โรคของจมูก ไซนัส คอ และกล่องเสียง. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.

2.Liang J, et al. Association between tonsillectomy and the risk of cancer: a nationwide cohort study. Cancer Med. 2023;12(8):957–968.

3.Holló G. Long-term cancer risk following tonsillectomy: a population-based cohort study. Front Oncol. 2021;11:733456.

4.Zevallos JP, et al. The role of tonsillectomy in the risk of oropharyngeal carcinoma: a case-control study. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2016;142(5):405–411.

5.Han AY, Kuan EC, Alonso JE, Arshi A, St John MA. Epidemiology of tonsil and base of tongue cancer: Incidence, demographics, and predictors of survival. Laryngoscope. 2019;129(1):184–94.

6.Hoffmann C, Meyer M, Lau A, et al. HPV-positive oropharyngeal cancer incidence and survival trends: A systematic review and meta-analysis. Oral Oncol. 2023;141:106363.

7.Klein F, Schmidt J, Rödel F, et al. Global epidemiologic patterns of HPV-driven tonsillar carcinoma from 2019 to 2024. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2024;33(4):612–22.

8.Holló G. Long-term cancer risk following tonsillectomy: A population-based cohort study. Front Oncol. 2021;11:733456.

9.Kaur J, Jacobs R, Mathew A. Socioeconomic determinants of oral cancer: A systematic review. Oral Oncol. 2020;111:105–13.

10.Lee YC, Boffetta P. Alcohol and head and neck cancer: Current perspectives. Expert Rev Anticancer Ther. 2020;20(8):683–93.

11.Holló G. Long-term cancer risk following tonsillectomy: A population-based cohort study. Front Oncol. 2021;11:733456.

12.American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery. Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Adults and Children (Updated 2023). Otolaryngol Head Neck Surg. 2023;169(Suppl 1):S1–S45.

13.Orvidas LJ, et al. Recurrent tonsillitis and risk of oropharyngeal carcinoma: A population-based study. J Laryngol Otol. 2022;136(5):428–34.

14.Dhanuthai K, et al. Histopathologic features of chronic hypertrophic tonsillitis: A retrospective analysis. Asian Pac J Cancer Prev. 2020;21(9):2657–62.

15.Park SY, Kim YS, Lee SJ. Clinical correlation between adenotonsillar hypertrophy and upper airway obstruction in pediatric patients. Clin Exp Otorhinolaryngol. 2021;14(3):298–305.

16.Marklund L, et al. Tonsillectomy and subsequent risk of head and neck cancer: A nationwide cohort study. Int J Cancer. 2020;147(8):2235–44.

17.Hassani A, et al. Long-term incidence of head and neck cancers after tonsillectomy: A Danish registry study. Acta Oncol. 2022;61(6):696–703.

18.Svensson T, et al. Tonsillectomy and risk of head and neck cancer: A Swedish nationwide follow-up study. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2023;280(8):3721–30.

ความท้าทายในการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังของประเทศไทย

A Challenges are in preventing and controlling Chronic kidney disease of Thailand

(Received: March 5,2026 ; Revised: March 8,2026 ; Accepted: March 10,2026)

ปนัดดา จั่นผ่อง[1]สิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์[2]
Panadda Junporng[1] Sitthipong Yimsawad[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาสถานการณ์และความท้าทายในการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังของประเทศไทย และพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพไทย เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดย จำนวน , ร้อยละ , ค่าเฉลี่ย , ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน , t-test , Chi Square test และสถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตและโรคเบาหวานร่วมด้วย ความชุกของโรคสูงถึงร้อยละ 17.6 โดยร้อยละ 40 ของผู้ป่วยมักตรวจพบในระยะที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ความท้าทายสำคัญที่ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพด้านการกินอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขภาพจิตใจ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและสามารถชะลอการเสื่อมของไตโดยค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) เฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น ส่วนด้านการใช้ยาไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์สุขภาพไต พบว่า ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรังกรณีจังหวัดเชียงใหม่ เป็นกระบวนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมในการคิด วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลของ 3 เสาหลัก ประกอบด้วย 1) คณะกรรมพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ 1 2) หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ จัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม 3) ผู้ป่วยและครอบครัว ศึกษาความรู้โรคไตเรื้อรังให้เข้าใจโรค เข้าใจความเสี่ยง วางแผนเฝ้าระวังความเสี่ยง กำกับผลลัพธ์สุขภาพตนอง เข้ารับบริการตรวจสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะไตเสื่อม ตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาผ่านกลยุทธ์ 5 ด้าน ประกอบด้วย การสร้างนโยบายสาธารณะ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ความเข้มแข็งของชุมชน ทักษะส่วนบุคคล และการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง, การป้องกันโรค, การควบคุมโรค, การส่งเสริมสุขภาพ, ประเทศไทย

Abstract

Thailand has one of the highest rates of chronic kidney disease (CKD) in the world, ranking among the top five, with nearly 10 million patients and a high economic burden of 1.6 trillion baht per year. This developmental research aimed to analyze the challenges and develop an appropriate model for preventing and controlling CKD in the Thai context. The sample consisted of quantitative and qualitative CKD patients in stages 2-4, using a participatory focus group process with experts.

The research found that most of patients also had hypertension and diabetes. The disease prevalence was as high as 17.6%, with 40% of patients diagnosed in stage 3. Health behaviors to slow kidney deterioration in CKD patients before and after participating in the program showed statistically significant differences ($p < .001$) in dietary, exercise, and mental health care. This led to improved health behaviors and slowed kidney deterioration, with an increase in the average glomerular filtration rate (eGFR). However, there was no statistically significant difference in medication use. Kidney health outcomes, including

[1] ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย
[2] ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช กรมอนามัย

laboratory tests before and after the program, showed no statistically significant differences. The research also focused on developing a CKD prevention and promotion model for Chiang Mai province. This is a participatory process involving the thinking, planning, implementation, and evaluation of three pillars: 1) The Service Plan Development Committee of Health Region 1; 2) Public health service units at all levels providing health behavior modification services to slow kidney deterioration; and 3) Patients and their families educating themselves on chronic kidney disease, understanding the disease and risks, planning risk monitoring, managing their own health outcomes, undergoing health check-ups, and modifying behaviors to prevent kidney deterioration. This follows the Ottawa Charter's health promotion guidelines through five strategies: public policy creation, a health-supportive environment, community empowerment, personal skills, and healthcare system improvement.

Keywords: Chronic kidney disease, Disease prevention, Disease control, Health promotion, Thailand

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตติดอันดับต้นๆ ในหลายประเทศ[1] โดยมีผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 850 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคไตถึง 1.4 ล้านคน ในปี 2019 ซึ่งเพิ่มขึ้น 20% เมื่อเทียบกับปี 2010 [9] และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญอันดับ 1 ใน 10 ของโลก[2] สำหรับประเทศไทย สถานการณ์โรคไตเรื้อรังมีความรุนแรงยิ่งขึ้น พบความชุกของโรคไตเรื้อรังประมาณ 17.6% ของประชากร สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกที่ประมาณ 10%[1] โรคไตเรื้อรังยังเป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลักคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุของ CKD ในผู้ป่วยไทยประมาณ 47% และ 34% ตามลำดับ แนวโน้มปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้น ทั้งจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน และโครงสร้างประชากรที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศเพิ่มมากขึ้นต่อเนื่อง[2] ภายหลังนโยบายภาครัฐที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตได้ถ้วนหน้า ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่รับการบำบัดทดแทนไต (เช่น ฟอกเลือด, ล้างไตทางช่องท้อง หรือปลูกถ่ายไต) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากหลักแสนต้นๆ เป็นกว่า 1.7 แสนราย ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา อีกทั้งมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นเฉลี่ยปีละประมาณ 19,000–22,000 ราย[2] อย่างไรก็ตาม ตัวเลขดังกล่าวยังนับเฉพาะผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบบำบัดทดแทนไตเท่านั้น ยังไม่รวมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกเริ่มจำนวนมากกว่า 8 ล้านคนทั่วประเทศ ที่คาดว่ายังไม่ถูกวินิจฉัยหรือยังไม่เข้าสู่ระบบการรักษา[3] ส่งผลให้โรคไตเรื้อรังยังคงมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นและกลายเป็นภาระโรคที่สำคัญของประเทศในอนาคตหากไม่มีมาตรการป้องกันควบคุมที่มีประสิทธิภาพ นอกจากผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนแล้ว โรคไตเรื้อรังยังก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงมาก รัฐบาลต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายกว่า 20,000 ล้านบาทต่อปี และอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายนี้อยู่ที่ประมาณ 15 – 20% ต่อปี[4] สาเหตุหลักที่ทำให้โรคไตเรื้อรังมีค่าใช้จ่ายสูงคือการรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายซึ่งต้องอาศัยวิธีการบำบัดทดแทนไตที่มีค่าใช้จ่ายสูงและต่อเนื่องตลอดชีวิต เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องตลอดจนการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เพียงต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจเท่านั้น แต่ครอบครัวและระบบสุขภาพยังต้องแบกรับภาระทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาลอีกด้วย[2]

จากสถานการณ์ที่กล่าวมา กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาและได้กำหนดนโยบาย “ทศวรรษแห่งการชะลอไต

เสื่อม” เพื่อเร่งรัดมาตรการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังอย่างเป็นระบบทั่วประเทศ[7] นโยบายนี้เป็นการบูรณาการการจัดการโรคไตเรื้อรังเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยมีเป้าหมายให้ลดจำนวนผู้ป่วยไตเสื่อมรายใหม่และชะลอการเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้ายให้ได้ภายใน 10 ปีข้างหน้า[5] ภายหลังกรอบนโยบายดังกล่าว มีการใช้กลไกกองทุนส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น[7]ตลอดจนความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินมาตรการต่างๆ เช่น การรณรงค์ลดการบริโภคเกลือในประชาชน การเพิ่มการคัดกรองภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การพัฒนาคลินิกโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน[6] และการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้จะมีความพยายามเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆ แต่สถานการณ์โรคไตเรื้อรังของประเทศไทยก็ยังอยู่ในภาวะน่าเป็นห่วง เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักในการป้องกันโรคไตของตนเอง ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อมีอาการและโรคลุกลามจนอยู่ในระยะท้าย ทำให้การรักษาเพื่อหยุดยั้งโรคทำได้ยาก[2] จากสถานการณ์และเงื่อนไขดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาเชิงลึกถึงบริบทและปัจจัยต่างๆ ที่เป็นความท้าทายในการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังของประเทศไทย ตลอดจนพัฒนารูปแบบหรือแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยมีสมมติฐานว่าการดำเนินมาตรการแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งสามมิติ (พฤติกรรม ระบบ และนโยบาย) จะสามารถชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังและลดภาระของโรคนี้ในประชากรไทยได้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาสถานการณ์และความท้าทายในการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังของประเทศไทย และพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพไทย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัจจัยความท้าทายในการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังของประเทศไทยในมิติด้านพฤติกรรม ระบบบริการสุขภาพ และนโยบาย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังโดยอาศัยแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลเบื้องต้นของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่นำร่อง

วิธีการศึกษา (Methods)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) โดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed-Methods Approach) ดำเนินการเป็น 3 ระยะ เพื่อศึกษา พัฒนา ทดลองใช้ และประเมินผลรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังในบริบทของประเทศไทย การวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และระบุปัญหา โดยใช้การวิเคราะห์เอกสารเชิงคุณภาพ (Qualitative document analysis) ที่เชื่อถือได้ทางวิชาการและข้อมูลทางระบาดวิทยา (อาทิ ความชุก อุบัติการณ์ อัตราป่วย อัตราตาย ฯลฯ) จากฐานข้อมูลและรายงานของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง (เช่น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)[2] รายงานและคำแนะนำของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย[3] ฐานข้อมูลวารสารวิชาการไทย (ThaiJO) และต่างประเทศ (เช่น PubMed) ที่มีบทความเกี่ยวข้องกับการจัดการโรคไตเรื้อรัง รวมถึงเอกสารรายงานสถานการณ์พิเศษ (เช่น รายงานวันไตโลก) และเอกสารประกอบการประชุมวิชาการทางสาธารณสุข/การแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับโรคไตเรื้อรังในช่วงปี พ.ศ. 2560–2567[7] การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน โดย

อาศัยการกำหนด ชุดคำสำคัญเชิงกลยุทธ์ (Strategic Keywords) ทั้งในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อาทิ “โรคไตเรื้อรัง”, “ความท้าทายโรคไต”, “สถานการณ์ โรคไต”และ “อุปสรรคการป้องกัน โรคไต” เพื่อให้ขอบเขตการสืบค้นครอบคลุมทั้งมิติทางคลินิกและมิติทางนโยบายอย่างสมบูรณ์ จากนั้นจึงใช้ระเบียบวิธี การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการตีความและจัดหมวดหมู่ข้อมูล เพื่อสังเคราะห์และสรุปผลการวิเคราะห์ในประเด็นความท้าทายที่เป็นหัวใจสำคัญ (Core Challenges) ซึ่งปรากฏในเอกสารวิชาการและรายงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ส่วนรายงานมาตรฐานข้อมูลตอบสนอง Service Plan สาขาไต ปีงบประมาณ 2567 และศึกษาสถานการณ์ปัญหาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2 – 4 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมายในพื้นที่ 4 อำเภอเป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยง ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วย 300 ราย ด้วยค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach’s Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.88 ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 60 คน ด้วยสถิติวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติ Multi Logistic analysis ได้แก่ จำนวน , ร้อยละ , ค่าเฉลี่ย , ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน , t-test , Chi Square test

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ Participatory design และ Expert validation ผลการวิเคราะห์จากระยะที่ 1 มาเป็นพื้นฐานในการออกแบบรูปแบบหรือโมเดลการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยดำเนินการผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ อาทิ แพทย์เฉพาะทางโรคไต ผู้บริหารโรงพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลเวชปฏิบัติ ครู ก และอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมายในพื้นที่ 4 อำเภอเป้าหมายในจังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2567 รูปแบบเบื้องต้นที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมโดยการประชุมระดมสมอง (focus group) กับผู้เชี่ยวชาญ 5 – 7 คน แนวคิดทฤษฎีทางการสร้างเสริมสุขภาพถูกนำมาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาโมเดล เช่น แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender’s Health Promotion Model)[8] ที่เน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพของปัจเจกบุคคลโดยคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานและประสบการณ์ชีวิตของแต่ละคน กฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter)[9] ที่เป็นกรอบสากลในการส่งเสริมสุขภาพผ่านกลยุทธ์ 5 ด้าน (นโยบายสาธารณะ, สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ, การเสริมพลังชุมชน, การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล, การปรับระบบบริการสุขภาพ) และ ทฤษฎีการบริหารการเปลี่ยนแปลงของเลวิน (Lewin’s Change Management Model)[10] ที่แบ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงเป็น 3 ขั้นตอน (Unfreeze-Change-Refreeze) เพื่อนำมาประยุกต์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและระบบการดูแลสุขภาพไตอย่างยั่งยืน[11]

ระยะที่ 3 เป็นการทดลอง แบบวัดก่อน–หลังการทดลองร่วมกับกลุ่มเปรียบเทียบ (non-randomized pretest–posttest with comparison group) เพื่อนำรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง การดำเนินการทดลองจัดขึ้นที่คลินิกโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชนเป้าหมายใน

จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2567 เป็นพื้นที่ที่มีอัตราผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสูง กลุ่มทดลองประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (eGFR 30–59 ml/min/1.73m²) จำนวน 60 ราย ที่มีโรคร่วมเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) และได้รับการดูแลตามรูปแบบใหม่เป็นระยะเวลา 3 เดือน กลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเดียวกัน จำนวน 60 ราย ที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปกติในช่วงเวลาเดียวกัน โดยมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง การประเมินผลดำเนินการโดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลไต พฤติกรรมการดูแลตนเอง (การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างถูกต้อง) และค่าการทำงานของไต (eGFR) เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติ t-test คู่เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลอง และใช้สถิติ t-test แบบสองกลุ่มอิสระเพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงค่า eGFR เฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นอกจากนี้ มีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพผู้ให้บริการหลังสิ้นสุดโครงการ เพื่อนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและใช้ประกอบการประเมินความพึงพอใจ ความเป็นไปได้ และอุปสรรคในการดำเนินรูปแบบ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา (Results)

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในประเทศไทย

การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิด้านสถานการณ์โรคไตเรื้อรังของประเทศไทย พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 1,007,251 รายในปี พ.ศ. 2564 เป็น 1,062,756 รายในปี พ.ศ. 2566 โดยทุกเขตสุขภาพ (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองช่วงเวลา

เมื่อพิจารณาการกระจายของผู้ป่วยตามระยะความรุนแรงของโรคในช่วงปี พ.ศ. 2560–2564 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 38–42 รองลงมาคือระยะที่ 2 (ร้อยละ 25–28) และระยะที่ 1 (ร้อยละ 14–17) ขณะที่ผู้ป่วยระยะที่ 4 และ 5 รวมกันคิดเป็นประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยทั้งหมด

จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของเอกสารงานวิจัย และรายงานที่เกี่ยวข้อง สามารถจัดกลุ่มประเด็นความท้าทายในการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ออกเป็น 3 มิติหลัก ได้แก่ (1) มิติด้านพฤติกรรมและสังคม (2) มิติด้านระบบบริการสุขภาพ และ (3) มิติด้านนโยบายและแนวปฏิบัติ รายละเอียดของประเด็นความท้าทายในแต่ละมิติ ดังนี้

1. มิติด้านพฤติกรรมและสังคม

1.1 ด้านพฤติกรรม

1.1.1 ประชาชนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพไตหลายประการ โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารรสจัดเค็มจัด เกินปริมาณที่ร่างกายต้องการ นำไปสู่ความดันโลหิตสูงและภาวะไตเสื่อมได้[6]

1.1.2 ขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะไตเสื่อมระยะเริ่มต้น ทำให้หลายคนไม่ไปตรวจคัดกรองหรือปรับพฤติกรรมจนกว่าอาการจะปรากฏชัด

1.1.3 การใช้ยาที่ส่งผลเสียต่อไตอย่างไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง (เช่น ยากลุ่ม NSAIDs) หรือการใช้สมุนไพรและยาทางเลือกบางชนิดโดยขาดความรู้[2] สารบางอย่างในยาดังกล่าวอาจทำลายการทำงานของไตเมื่อใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน

1.2 ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ[12] ครอบครัวผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายจำนวนไม่น้อยต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายและเวลาในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้บางกรณีผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทเลือกที่จะไม่รับการบำบัดทดแทนไต เพราะกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ แม้ว่าปัจจุบันภาครัฐจะให้สิทธิบางประการแต่ผู้ป่วยยังมีค่าใช้จ่ายแฝงอื่นๆ อยู่ดี ประเด็นเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นเรื่องท้าทายหลักในการป้องกัน CKD[12]

2. มิติด้านระบบบริการสุขภาพ

2.1 การดำเนินมาตรการเชิงระบบ เพื่อคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังไม่ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร แม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อค้นหาภาวะไตเสื่อมตั้งแต่ต้น แต่ในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัด เช่น บุคลากรสาธารณสุขประจำหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีจำนวนไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับภาระงาน ทำให้การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงบางพื้นที่ดำเนินการได้ไม่ต่อเนื่อง[10]

2.2 การประสานงานเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลต่างๆ ยังขาดประสิทธิภาพ ตัวอย่าง เช่น ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย CKD ระหว่างโรงพยาบาลกับคลินิกหรือ รพ.สต. ยังไม่เชื่อมต่อกันดี ผู้ป่วยที่ย้ายที่รักษาหรือกลับไปภูมิลำเนาอาจมีข้อมูลตกหล่น ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดูแล

2.3 การใช้ข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนนโยบายหรือปรับปรุงบริการยังมีจำกัด ส่วนหนึ่งเพราะขาดระบบบูรณาการข้อมูลขนาดใหญ่ที่สามารถวิเคราะห์แนวโน้มและประเมินผลมาตรการป้องกันโรคไตได้แบบ real-time[7]

2.4 ระบบบริการสุขภาพยังเผชิญความท้าทายจากการที่ผู้ป่วย CKD มักมีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคทำให้การดูแลรักษาต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพและการจัดการรายกรณีที่ซับซ้อน ความพร้อมของบุคลากรและทรัพยากรในระบบจึงเป็นปัจจัยสำคัญ[10]

3. มิติด้านนโยบายและแนวปฏิบัติ

3.1 กำหนดมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) และนโยบายระดับประเทศสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เช่น แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย3 หรือคู่มือดำเนินงานลดโรคไตในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ของกรมควบคุมโรค แต่นโยบายและแนวปฏิบัติเหล่านี้ยังขาดการบังคับใช้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่องในทุกพื้นที่[6] บางพื้นที่อาจมีการดำเนินโครงการรณรงค์หรือคลินิกชะลอไตเสื่อมตามนโยบายอยู่ช่วงหนึ่ง แต่ขาดงบประมาณหรือการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องทำให้โครงการไม่ยั่งยืน

3.2 ข้อจำกัดในแนวทางการรักษาบางประการ เช่น ยาหรือวิธีการรักษาใหม่ๆ ที่มีค่าใช้จ่ายสูงอาจไม่ได้บรรจุอยู่ในสิทธิประโยชน์ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิผลที่สุดได้[4]

3.3 ขาดงานวิจัยประเมินผลในระยะยาวของมาตรการต่างๆ ที่ดำเนินอยู่ ทำให้การปรับปรุงนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมยิ่งขึ้นทำได้ยาก ดังนั้น ความท้าทายในมิตินี้ คือ การทำให้นโยบายและมาตรการต่างๆ ถูกนำนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังต่อเนื่อง มีการสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอ และปรับปรุงอย่างต่อเนื่องบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์[5]

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรัง

จากผลการวิเคราะห์ในระยะที่ 1 คณะผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังโดยใช้กรอบแนวคิดกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย กลยุทธ์ 5 ด้าน ได้แก่

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน
4. การพัฒนาทักษะและความรอบรู้สุขภาพ
5. การปรับระบบบริการสุขภาพและการติดตามต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบและการประเมินผล

3.1 ผลด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไตเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 6.5 เป็น 11.8 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3.2 ผลด้านการเปลี่ยนแปลงการทำงานของไต

ค่า eGFR เฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก 46.9 เป็น 50.3 มล./นาที/1.73 ม^2 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่า eGFR เฉลี่ยลดลงเล็กน้อย ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงค่า eGFR ระหว่างสองกลุ่มพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3.3 ผลการประเมินเชิงคุณภาพ

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มสะท้อนประเด็นหลัก 3 ประเด็น ได้แก่

(1) การรับรู้ถึงความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น

(2) การยอมรับรูปแบบการดูแลจากผู้ป่วยและผู้ดูแล

(3) ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและภาระงานของบุคลากร

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ ได้ยืนยันถึงความซับซ้อนหลายมิติของปัญหาโรคไตเรื้อรังที่ประเทศไทยกำลังเผชิญและแสดงให้เห็นว่า การแก้ไขนั้นไม่สามารถแยกส่วนใดส่วนหนึ่งได้ แต่จำเป็นต้องดำเนินการแบบบูรณาการควบคู่กันทั้งในระดับบุคคล ชุมชน ระบบบริการ และนโยบาย การศึกษาพบความท้าทาย 3 ด้าน (พฤติกรรม ระบบ และนโยบาย) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้หลายชิ้นที่ได้กล่าวถึงปัจจัยอุปสรรคในการจัดการโรคเรื้อรัง ตัวอย่างเช่น งานวิจัยโดย จันทร์เพ็ญ และคณะ ศึกษาในจังหวัดลำพูน พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบใหม่ อำเภอบ้านธิ ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่เฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยถูกดูแลเหมือนผู้ป่วยเรื้อรังทั่วไป ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลยังไม่ดีพอ ผลงานวิจัยดังกล่าวเมื่อดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและชุมชนแล้ว สามารถสร้างรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหา CKD ที่มีองค์ประกอบคล้ายคลึงกับรูปแบบในการศึกษาครั้งนี้ คือ มีการกำหนดนโยบาย/ผู้รับผิดชอบชัดเจน, สนับสนุนการจัดการตนเองตามระยะโรค และใช้ CPG ช่วยตัดสินใจในการรักษา ซึ่งนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่มากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษา

ครั้งนี้ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ก็ได้ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบเหล่านั้นเช่นกัน ทั้งการวางนโยบายและแผนงานระดับท้องถิ่นที่ชัดเจน การให้ความรู้และติดตามผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรค และการใช้แนวทางมาตรฐานในการรักษา[13] นอกจากนี้ ผลการทดลองใช้รูปแบบยังสนับสนุนสมมติฐานของการวิจัย ที่ว่ามาตรการแบบองค์รวมจะช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย CKD ได้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบใหม่มีการพัฒนาทั้งด้านความรู้ พฤติกรรม และชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น ปวาสินี สุขเจริญ[14] พบว่า การให้โปรแกรมความรู้ผู้ป่วยไตระยะที่ 3 โรงพยาบาลเกาะสมุย ช่วยเพิ่มคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจากเฉลี่ย 6.57 เป็น 11.83 คะแนน (จาก 15 คะแนน) และทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเหมาะสมขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หรือการวิจัยของ เขมจิรา มั่นศรีเจริญ[11] รายงานว่า ผู้ป่วย CKD ที่เข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้ที่พัฒนาโดยทีมวิจัยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นในทุกด้านและมีค่า eGFR ลดลงช้ากว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์เหล่านี้คล้ายคลึงกับที่ค้นพบ และชี้ให้เห็นว่า การแทรกแซงที่เน้นการให้ความรู้และการติดตามอย่างใกล้ชิดสามารถสร้างความเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในผู้ป่วย CKD ได้จริง ขณะเดียวกันงานวิจัยของกฤษฎา หาญบรรเจิด[7] ซึ่งเป็นโครงการ “7.2 ล้านคนรู้ค่าความเสี่ยงโรคไต” ยังสะท้อนว่าการขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่มีเป้าหมายชัด (ให้ประชาชน 7.2 ล้านคนรู้สถานะการทำงานไตของตน) จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการคัดกรองความเสี่ยงโรคไตอย่างกว้างขวางและต่อเนื่องซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของการป้องกันโรคไตเรื้อรังข้อนี้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของการศึกษาครั้งนี้ที่เน้นการคัดกรองระยะเริ่มต้นและสร้างความตระหนักรู้ในประชาชนเป็นพิเศษ บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจำนวนมากมิได้ทราบสถานะโรคของตนเองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น แต่จะตรวจพบก็ต่อเมื่อโรคกำเนินไปมากแล้ว[2] อันเป็นผลจากการขาดการตรวจคัดกรองในระยะแรกเริ่มและการขาดความตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงโรคไตเรื้อรังในประชาชนทั่วไป[14] ซึ่งสอดคล้องกับรายงานที่ระบุว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่อมีอาการ อาทิ อ่อนเพลีย บวม หรือมีอาการของเสียคั่งในร่างกาย จึงมักเป็นระยะท้ายของโรค[15]

อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นที่ควรพิจารณาในการตีความผลการวิจัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประการแรก ระยะเวลาการติดตามประเมินผลค่อนข้างสั้น (3 เดือนในโครงการนำร่อง) ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอจะสรุปถึงผลลัพธ์ระยะยาวในการชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างชัดเจน[11] ผู้ป่วย CKD มักต้องการการติดตามหลายปีจึงจะเห็นแนวโน้มการดำเนินโรคอย่างแท้จริง[3] งานวิจัยในอนาคตจึงควรเน้นการติดตามผลระยะยาวเพื่อตรวจสอบว่า ผลดีที่เกิดขึ้นจะยังคงอยู่หรือไม่เมื่อเวลาผ่านไป[11] ประการที่สอง การทดลองใช้รูปแบบในงานวิจัยนี้จำกัดอยู่ในพื้นที่เดียว จำนวนกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย ทำให้ความสามารถในการสรุปอ้างอิง (generalizability) ไปยังบริบทอื่นทั่วประเทศอาจมีจำกัด แต่ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนามีการอ้างอิงทฤษฎีมาตรฐานและสอดคล้องกับแนวทางที่ได้รับการพิสูจน์แล้วบางส่วน (เช่น การมีส่วนร่วมของชุมชน, การจัด CKD clinic) จึงมีความเป็นไปได้สูงว่า การนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นจะให้ผลลัพธ์ในทิศทางที่ดีเช่นกัน เพียงแต่ควรปรับให้เหมาะสมกับทรัพยากรและลักษณะประชากรของแต่ละท้องที่ ประการที่สาม ในมิติด้านนโยบาย แม้ว่านโยบายระดับประเทศจะมีอยู่หลายเรื่อง แต่งานวิจัยหลายชิ้น (รวมถึงการศึกษาครั้งนี้) ชี้ให้เห็นปัญหาการดำเนินการจริง ดังนั้นควรต้องศึกษาเพิ่มเติมว่า ปัจจัยเอื้อหรืออุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติ คืออะไร เช่น การสนับสนุนงบประมาณ โครงสร้างการบริหาร หรือความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน เพื่อหาแนวทางปรับปรุงการนำนโยบายสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

โดยภาพรวมแล้ว ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับองค์ความรู้ปัจจุบันที่ว่า การจัดการโรคเรื้อรังอย่างโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องอาศัยแนวทางผสมผสานหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน การจัดระบบบริการให้รองรับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะยาว และการมีกลไกเชิงนโยบายที่สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยที่น่าสนใจในครั้งนี้ที่ได้นำเสนอ คือ รูปแบบการดำเนินงานแบบบูรณาการที่ปรับให้เข้ากับบริบทไทยอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมผลการทดลองในพื้นที่จริงที่ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลที่เป็นไปได้ ข้อมูลที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางแก่หน่วยงานสาธารณสุขในการปรับปรุงโปรแกรมป้องกันควบคุมโรคไต และยังเปิดโอกาสให้มีการวิจัยต่อยอด เช่น ศึกษาการประยุกต์รูปแบบนี้ในพื้นที่อื่นหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อยืนยันความมีประสิทธิผลและความคุ้มค่าในวงกว้างต่อไป

บทสรุป

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับภาระโรคไตเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างน่ากังวล ทั้งในแง่จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ตามมา[1] ความท้าทายในการป้องกันและควบคุมโรคนี้มีหลายด้านครอบคลุมตั้งแต่พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ระบบบริการสาธารณสุข ไปจนถึงนโยบายและการสนับสนุนเชิงโครงสร้าง จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคเกลือในปริมาณมาก การขาดการตรวจคัดกรองภาวะไตเสื่อม และการใช้ยาที่ส่งผลต่อไตโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ยังต้องแก้ไขขณะเดียวกัน ระบบบริการจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความต่อเนื่องและครอบคลุมมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระดับปฐมภูมิ การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ หรือการจัดตั้งคลินิกเฉพาะทางเพื่อชะลอไตเสื่อม ด้านนโยบาย ภาครัฐควรเน้นการดำเนินมาตรการป้องกันเชิงรุกอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ ตลอดจนสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรอย่างเพียงพอแก่โครงการที่เกี่ยวข้องกับการลดภาระโรคไต งานวิจัยนี้ได้นำเสนอ รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังแบบบูรณาการ ประกอบด้วย กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ 5 ด้าน คือ การสร้างนโยบายเอื้อต่อสุขภาพ การปรับสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้สนับสนุนสุขภาพ การเสริมพลังชุมชนในการดูแลสุขภาพไต การเพิ่มความรู้และทักษะของประชาชนในการป้องกันโรค และการปรับระบบบริการสุขภาพให้รองรับการจัดการโรคเรื้อรังได้ดียิ่งขึ้น ผลการทดลองใช้รูปแบบ ชี้ให้เห็นว่าการดำเนินงานตามแนวทางดังกล่าวสามารถเพิ่มพูนความรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไปในทางที่ดี ลดความเสี่ยงต่อการดำเนินโรค และมีแนวโน้มที่จะชะลอการเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้ายได้ แม้ว่าจะต้องมีการติดตามประเมินในระยะยาวและการประเมินความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์เพิ่มเติม แต่เบื้องต้นนับได้ว่ารูปแบบนี้เป็นแนวทางหนึ่งที่มีศักยภาพในการนำไปปรับใช้จริงเพื่อรับมือกับวิกฤตโรคไตเรื้อรังของประเทศไทย

โดยสรุป ความท้าทายในการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรังของประเทศไทยจำเป็นต้องแก้ไขด้วยแนวทางที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง การสร้างความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับประชาชนต้องดำเนินควบคู่ไปกับการเสริมความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพและการสนับสนุนเชิงนโยบาย ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งประชาชน ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ และผู้กำหนดนโยบาย เป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่ระบบการดูแลสุขภาพไตที่แข็งแกร่งและยั่งยืน หากสามารถดำเนินมาตรการตามรูปแบบที่เสนอได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ย่อมคาดหวังได้ว่าจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1) การเสริมสร้างระบบคัดกรองและเฝ้าระวังโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้นควรส่งเสริมการคัดกรองความเสี่ยงโรคไตเรื้อรังอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในกลุ่มประชากรเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในระดับบริการปฐมภูมิ ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มการตรวจพบผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นอย่างมีประสิทธิภาพ

2) การพัฒนาระบบการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบบูรณาการควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เชื่อมโยงหน่วยบริการทุกระดับ เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลรักษา ลดความซ้ำซ้อนของการตรวจวินิจฉัย และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพอย่างเป็นองค์รวม อันจะช่วยชะลอการดำเนินโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) การสนับสนุนการสื่อสารความรู้และการประเมินผลเชิงระบบอย่างต่อเนื่องควรพัฒนาการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพไตให้เข้าถึงประชาชนอย่างทั่วถึง ควบคู่กับการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเชิงประสิทธิผลและความคุ้มค่า เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการปรับปรุงนโยบายและยุทธศาสตร์ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ ธนกิจจารุ, สกานต์ บุนนาค, วรางคณา พิชัยวงศ์. โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD). ใน: การแพทย์ไทย 2554-2557 (Thailand Medical Services Profile 2011–2014). กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค; 2565.
3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2565.
4. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาสนับสนุนและประคับประคองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2566.
5. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. รายงานผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากร Thai SEEK. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2566.
6. กรมควบคุมโรค. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
7. กฤษฎา หาญบรรเจิด. โครงการ 7.2 ล้านคน รู้ค่าความเสี่ยงโรคไต. ใน: เอกสารประกอบการประชุม “7.2 ล้านคน รู้ค่าความเสี่ยงโรคไต”; 10 กุมภาพันธ์ 2567; นนทบุรี.
8. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011.
9. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. In: First International Conference on Health Promotion; 1986 Nov 17-21; Ottawa, Canada. Geneva: WHO; 1986.
10. โสภณ เมฆธน. การจัดการโรคไตเรื้อรังนำสู่การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. ใน: การประชุมใหญ่ประจำปี สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 35; 16 มีนาคม 2566; กรุงเทพฯ. (เอกสารประกอบการประชุม).
11. เขมจิรา มั่นศรีเจริญ. ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 17 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2568/research/MA2568-006-01-0000001918-0000002072.pdf

12. ไตเทพ ฟองทอง. โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD). กรุงเทพฯ: บริษัท ด่านสุทธาการพิมพ์ จำกัด; 2565.
13. จันทร์เพ็ญ ประโยงค์, กชกร พุทธา, วินัย กล่อมแก้ว. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(6):1035-1043.
14. ปวาสินี สุขเจริญ. ผลของการให้ความรู้เพื่อชะลอการเสื่อมของไตผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 3 โรงพยาบาลเกาะสมุย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 19 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://srth.moph.go.th/research/file/20240519194731-77_2567%20ปวาสินี%20สุขเจริญ.pdf
15. กุลลดา เลียวเสถียรวงค์, ปทมพร อภัยจิตต์, สุวคนธ์ เหล่าราช, ละออง เดิมทำรัมย์. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการแพทย์. 2566;38(3).

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรัง กรณีจังหวัดเชียงใหม่

Development of a model for promoting and preventing chronic kidney disease in Chiang Mai Province.

ปนัดดา จั่นผ่อง[1] สิทธิพงษ์ ยิ้มสวัสดิ์[2]
Panadda Junporng[1] and Sitthipong Yimsawad[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรัง กรณีจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2 – 4 เชิงปริมาณ 221 คน และเชิงคุณภาพ 60 คน เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดย จำนวน , ร้อยละ , ค่าเฉลี่ย , ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน , t-test , Chi Square test และสถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตและโรคเบาหวานร่วมด้วย พฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการกินอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขภาพจิตใจ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนด้านการใช้ยา ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์สุขภาพไต พบว่า ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรัง กรณีจังหวัดเชียงใหม่ เป็นกระบวนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมในการคิด วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลของ 3 เสาหลัก ประกอบด้วย 1) คณะกรรมพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ 1 เป็นกลไกขับเคลื่อน ทำหน้าที่วิเคราะห์ วางแผน และกำกับติดตามผล 2) หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ จัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมและรักษาพยาบาล 3) ผู้ป่วยและครอบครัว ศึกษาความรู้โรคไตเรื้อรังจากคู่มือ เอกสาร วีดีโอ เพื่อให้เข้าใจโรค เข้าใจความเสี่ยง วางแผนเฝ้าระวังความเสี่ยง กำกับผลลัพธ์สุขภาพของตนอง เข้ารับบริการตรวจสุขภาพ รับการรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะไตเสื่อม

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง, การพัฒนารูปแบบ, การส่งเสริมสุขภาพ, การควบคุมป้องกันโรค, จังหวัดเชียงใหม่

Abstract

This study was participatory action research aimed at developing a model for promoting the prevention of chronic kidney disease in Chiang Mai Province. The sample consisted of 221 quantitative and 60 qualitative patients with chronic kidney disease stages 2-4. Data were collected through interviews and questionnaires. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, Chi-square test, and t-test statistics.

The results showed that most patients had co-existing hypertension and diabetes. Pre- and post-program health behavior modifications for slowing kidney deterioration in CKD patients showed statistically significant differences ($p < .001$) in dietary habits, exercise, and mental health. However, medication use showed no statistically significant difference. Kidney health outcomes, specifically laboratory test results, showed no statistically significant difference before and after the program. The development of the CKD prevention model in Chiang Mai Province involved a participatory process encompassing planning, implementation, and evaluation by three pillars: 1) The Regional Health Service Plan Committee (Service Plan) as the driving mechanism, responsible for analysis, planning, and monitoring; 2) Public health units at all levels providing health behavior modification services to slow kidney deterioration and medical

[1] ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย
[2] ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช กรมอนามัย

treatment; and 3) Patients and their families accessing knowledge about CKD from manuals, documents, and videos to improve understanding of the disease. Understanding the risks, planning for risk monitoring, managing one's own health outcomes, undergoing health check-ups, receiving treatment, and modifying behaviors to prevent kidney failure are key.

Keywords: Chronic kidney disease, Model development, Health promotion, Disease control and prevention, Chiang Mai Province

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทุกประเทศเผชิญ และกำลังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นของปัจจัยเสี่ยง เช่น การเพิ่มความชุกของโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อม เช่น การใช้ยา NSAIDs พฤติกรรมรับประทานอาหารเสี่ยง การเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้โรคไตเรื้อรังมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น ทั่วโลกพบการเสียชีวิตจากโรคไตมากถึง 1.4 ล้านคน ใน ค.ศ. 2019 เพิ่มสูงขึ้น 20% จาก ค.ศ. 2010 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญ 1 ใน 10 ของโลก[1] โรคไตไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุที่ไตโดยตรงหรือจากโรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ถ้าหากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จะทำให้ทำหน้าที่ของไตเสื่อมลง จนเกิดโรคไตเรื้อรัง ถ้าไม่สามารถชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตได้ จะทำให้กลายเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน และมีการรักษาที่ยุ่งยาก มีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ได้แก่ การล้างไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางช่องท้อง) และการปลูกถ่ายไต[2] โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก ปัจจุบันผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีทั้งสิ้นมากกว่า 170,000 ราย และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 19,000-22,000 ราย เป็นจำนวนที่แสดงถึงผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ยังไม่ได้รวมกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังระยะแรก คาดว่ามีจำนวนมากกว่า 8 ล้านคนทั่วประเทศ จากอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังและโรคไตวายระยะสุดท้ายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก ทำให้โรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในอนาคตอย่างมาก[3] ปีงบประมาณ 2565-2567 จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาไต พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-5 จำนวน 961,064 , 1,043,072 และ 1,124,581 ราย เพิ่มขึ้นตามลำดับ จำแนกรายเขตสุขภาพ พบว่า ประชาชนป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 ในเขตสุขภาพที่ 1 มากที่สุด จำนวน 126,750 , 144,132 และ 156,018 ราย เพิ่มขึ้นตามลำดับ จำแนกรายจังหวัดพบว่าเชียงใหม่ ประชาชนป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 จำนวน 24,526 , 27,280 และ 27,928 ราย เพิ่มขึ้นตามลำดับ[4] จากอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังและโรคไตวายระยะสุดท้ายที่เพิ่มสูงขึ้นมาก ทำให้โรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเป็นปัญหารุนแรงเพิ่มขึ้นในอนาคต จำเป็นต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อป้องกันและชะลอการเกิดโรคไตวายระยะสุดท้าย โดยให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไตให้ได้ผลดี กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการจัดการโรคไตเรื้อรังนำสู่การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นต้นตอที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง และยังช่วยลดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองด้วย โดยร่วมกับภาคีเครือข่ายดำเนินมาตรการเพื่อควบคุมโรคไตอย่างต่อเนื่อง ทั้งการจัดระบบบริการเพื่อเพิ่มการคัดกรองโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การชะลอไตเสื่อม การพัฒนาระบบการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตด้วยการ

ฟอกเลือดและล้างไตทางช่องท้อง ให้มีคุณภาพและครอบคลุม รวมทั้งการเพิ่มจำนวนผู้บริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายไต[5] และสถานการณ์ปี 2568 โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพประชาชน คุณภาพชีวิตผู้ป่วย และภาระค่าใช้จ่ายของประเทศ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องฟอกไตทดแทนซึ่งสูงกว่า 18,000 ล้านบาทต่อปี กระทรวงสาธารณสุข ได้ผนึกกำลังกับเครือข่ายพันธมิตรระดับประเทศ (National Alliance) ได้แก่ มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และแอสตร้าเซนเนก้า ประเทศไทย เปิดตัวโครงการความร่วมมือสู่เครือข่ายความเป็นเลิศด้านการคัดกรองโรคไต ครั้งแรกในไทย ความร่วมมือดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของโครงการคนไทย 7.2 ล้านคนรู้ค่าความเสี่ยงโรคไต อันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี และเฉลิมพระเกียรติในโอกาสเจริญพระชนมายุ 72 พรรษา มีเป้าหมายเพื่อยกระดับการตรวจคัดกรองและการดูแลโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นอย่างเป็นระบบ และคัดกรองคนไทยกลุ่มเสี่ยง 7.2 ล้านคนทั่วประเทศ ภายในปี พ.ศ. 2570 ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติทศวรรษการป้องกันและชะลอไตเสื่อม (พ.ศ. 2565 – 2574) มุ่งลดผู้ป่วยรายใหม่ ชะลอความเสื่อมของไต และลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา นับเป็นก้าวสำคัญที่จะช่วยลดภาระโรคไตระยะยาว และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยให้ดียิ่งขึ้น[6] ดังนั้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการดูแลสนับสนุนจากสหสาขาวิชาชีพเพื่อรับคำแนะนำที่เหมาะสมประกอบการตัดสินใจเลือกชนิดของการบำบัดรักษาทดแทนไตหรือการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองควรได้รับการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้านกาย จิตใจ สังคม ความเชื่อและจิตวิญญาณ เพื่อประโยชน์ในการลดผลแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิต[7] การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตเรื้อรัง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนจากสิ่งที่ทำเคยชินมาสู่พฤติกรรมใหม่ บุคคลากรทางการแพทย์ควรให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงทุกราย ลดความดันโลหิตสูง จะลดภาวะโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและลดอัตราการเสียชีวิตได้ โดยการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงผ่านทักษะการเรียนรู้ทางปัญญา ทักษะทางพฤติกรรม และทักษะทางสังคม ทั้งนี้ แนวทางการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมิให้กลายเป็นไตวายเรื้อรังเร็วเกินควรมุ่งจัดการความเสี่ยงของการเกิดโรคไตในครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดูแลตนเอง สมาชิกในครอบครัวไม่ให้ป่วยเป็นโรคไต และผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพต่อเนื่อง

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) แบบจำลองการจัดการการเปลี่ยนแปลงของเลวิน (Lewin's Change Management Model) แนวคิดโมเดลเชิงนิเวศวิทยาเชิงสังคม Social Ecological Model (SEM) หรือ แบบจำลองนิเวศวิทยาสังคม เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนจะมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม คือ กรอบแนวคิดของพฤติกรรมมนุษย์ไม่ได้เกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อนหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ความสัมพันธ์ ชุมชน ไปจนถึงนโยบายสังคม พัฒนาโดย Urie Bronfenbrenner เพื่อทำความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับบุคคล (Individual) เป็นปัจจัยภายใน เช่น ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ พฤติกรรม ทักษะ และบุคลิกภาพ 2) ระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal) ครอบครัว เพื่อน คู่ชีวิต เพื่อนร่วมงาน และเครือข่ายสังคมที่ให้การสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรค

3) ระดับองค์กร ชุมชน (Organizational/Community) สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม เช่น โรงเรียน สถานที่ทำงาน เพื่อนบ้าน บรรทัดฐานทางสังคม กฎระเบียบ 4) ระดับนโยบาย สังคม (Policy/Societal) นโยบายสาธารณะ กฎหมาย วัฒนธรรม และโครงสร้างทางสังคมระดับมหภาคที่ส่งผลต่อพฤติกรรม[8] จึงนำมาออกแบบกรอบแนวคิดการส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย เพื่อค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความสำคัญทั้งในปัจจุบันและอนาคต ถือเป็นโมเดลการสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมและสมบูรณ์แบบ นำมาใช้ในการออกแบบ อธิบายพฤติกรรม เป็นแนวทางการจัดการและการปฏิบัติการ (intervention) กลยุทธ์ที่สำคัญ คือ การจัดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคล ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างถาวร การส่งเสริมสนับสนุน ช่วยเหลือ การมีส่วนร่วม การสร้างภาคีความร่วมมือกัน การจัดหาแหล่งประโยชน์ และการกระจายทรัพยากรให้ทั่วถึง จัดเป็นแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพระดับชุมชน กลุ่ม และองค์กร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรัง กรณีจังหวัดเชียงใหม่

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (ประเมินพฤติกรรมและผลทางคลินิก) และเชิงคุณภาพ (การพัฒนารูปแบบและการรับรู้) เพื่อนำมาวิเคราะห์ประกอบกัน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาข้อมูลสถานการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง โดยทำการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและวิเคราะห์สถานการณ์โรคไตเรื้อรัง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรม G* power จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 221 ราย และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 2 – 4 จำนวน 60 คน

ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรัง ใช้ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพจากสถานการณ์มาเป็นพื้นฐานในการออกแบบรูปแบบหรือโมเดลการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรัง โดยดำเนินการผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ อาทิ แพทย์เชี่ยวชาญโรคไต นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นต้น รูปแบบเบื้องต้นที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมโดยการประชุมระดมสมอง (focus group) กับผู้เชี่ยวชาญ 5 คน และการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน แนวคิดทฤษฎีทางการสร้างเสริมสุขภาพถูกนำมาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาโมเดล เช่น แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ที่เน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพของปัจเจกบุคคลโดยคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานและประสบการณ์ชีวิตของแต่ละคน กฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter) ที่เป็นกรอบสากลในการส่งเสริมสุขภาพผ่าน กลยุทธ์ 5 ด้าน (นโยบายสาธารณะ, สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ, การเสริมพลังชุมชน, การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล, การปรับระบบบริการสุขภาพ) และ ทฤษฎีการบริหารการเปลี่ยนแปลงของเลวิน (Lewin's Change Management Model) ที่แบ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงเป็น 3 ขั้นตอน (Unfreeze-Change-Refreeze) เพื่อนำมาประยุกต์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและระบบการดูแลสุขภาพไตอย่างยั่งยืน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดย จำนวน , ร้อยละ , ค่าเฉลี่ย , ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน , t-test , Chi Square test และสถิติ t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.8 อายุส่วนใหญ่ อายุ 60-79 ปี ร้อยละ 71.5 รองลงมา อายุ 40-59 ปี ร้อยละ 26.2 อายุเฉลี่ย 62.7 ปี การมีโรคร่วมของผู้ป่วย พบว่ามีโรคร่วมด้วย ร้อยละ 96.3 โรคร่วมมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 85.9 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 59.9 โรคเบาหวาน ร้อยละ 49.1 โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตันสมองและหลอดเลือดที่ไตตีบ ร้อยละ 4.8 สาเหตุส่งเสริมให้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง พบว่า สาเหตุมาจากการดื่มน้ำน้อยกว่า 8 แก้วต่อวัน มากที่สุด ร้อยละ 60.8 การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 37.4 การกินยาแก้ปวด ยาชุด ยาแก้อักเสบ ร้อยละ 34.8 มีความกังวล เครียดบ่อย ร้อยละ 27.0 การดื่มสุรา แอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.8 การกินสมุนไพร ยาหม้อ ร้อยละ 25.2 การกินอาหารเสริมเป็นประจำ ร้อยละ 23.9 การสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.3 และการได้รับความรู้เพื่อการปฏิบัติตัวในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ส่วนใหญ่จะได้รับความรู้ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 85.7 ด้านการใช้ยา การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า แอลกอฮอล์ ร้อยละ 83.7 ความรู้ถึงสาเหตุ ความเสี่ยงการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 71.0 และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า พฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพจิตใจ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยา ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รูปแบบการส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรัง กรณีจังหวัดเชียงใหม่ เน้นการมีส่วนร่วมและการปฏิบัติจริง เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมในการคิด วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลของ 3 เสาหลัก ได้แก่ 1) คณะกรรมพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ 1 เป็นกลไกการขับเคลื่อน ทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูล วางแผน และกำกับติดตามผล 2) หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ จัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมและการรักษาพยาบาล 3) ครอบครัวและผู้ป่วย ศึกษาความรู้โรคไตเรื้อรังจากคู่มือ เอกสาร วีดิโอ เพื่อให้เข้าใจโรค เข้าใจความเสี่ยง วางแผนเฝ้าระวังความเสี่ยง กำกับผลลัพธ์สุขภาพ เข้ารับบริการรักษาสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันภาวะไตเสื่อม อันเป็นการสะท้อนถึงแนวคิดเชิงระบบและทำให้รูปแบบการพัฒนามีโอกาสในการนำไปปฏิบัติและเกิดความยั่งยืนตามบริบทจริง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย พบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรัง กรณี

จังหวัดเชียงใหม่ โดยผลลัพธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการกินอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพจิตใจ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการดูแลโรคไตเรื้อรัง กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ถึงเวลาต้องเปลี่ยน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการกินอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขภาพจิตใจ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนด้านการใช้ยา พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรัง กรณีจังหวัดเชียงใหม่ โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ของสุขภาพไต ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ถึงเวลาต้องเปลี่ยน เป็นการติดตามเฝ้าระวังผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรัง พบว่า ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วย FBS, HbA1C, TC ,TG, HDL, LDL, BUN, Creatinine, eGFR ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรัง เป็นกระบวนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมในการคิด วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลของ 3 เสาหลัก สอดคล้องกับ Kematorn, K. and Panpae, K. [9] พบว่า รูปแบบชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย การวางแผน การจัดโครงสร้างสนับสนุน การส่งเสริมให้ปฏิบัติตามมาตรฐาน การจัดการข้อมูล และการเชื่อมโยงดูแลต่อเนื่อง และสอดคล้องกับ Srisong, k.[10] พบว่า การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ การออกแบบระบบบริการสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การจัดการระบบฐานข้อมูลสุขภาพ และการสนับสนุนการ ตัดสินใจ ประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรังโดยเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ถึงเวลาต้องเปลี่ยน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการกินอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขภาพจิตใจ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับ Manhkong, W. , Nimit-Arnun, N. and Roojanavech. S.[5] พบว่า ค่าเฉลี่ยลำดับที่พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้น 15 คน คงที่ 2 คน ลดลง 3 คน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้อง Sereethammapithak, P.[11] พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3a ของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3a มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ Teemuaengsai, W. and Paksupasin, P.[12] พบว่า การชะลอภาวะไตเสื่อมจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพจัดบริการตามมาตรฐานทั้งในคลินิกและในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม และประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ของสุขภาพไต ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ถึงเวลาต้องเปลี่ยน พบว่า ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Thongmeesit Jost, K. , Vanichvarotm, C. , Triyamanirat, K. , Singweratham, N. and Nawsuwan, K.[13] ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวิถีใหม่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า เพศ อายุ ระดับค่าน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Kaenkan, W, Damnok, K and Anutrakulchai,

S.[14] พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ Thungtong, S. , Chinnawong, T. and Thaniwattananon, P.[15] พบว่า ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ไม่มีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายป้องกันโรคไตเรื้อรังเป็นวาระแห่งชาติ

2. หน่วยปฏิบัติการด้านสาธารณสุขและการแพทย์มีการกำกับติดตามงานและผลการแก้ไขปัญหาเชิงกระบวนการ ปัญหาอุปสรรค และผลลัพธ์สุขภาพ

3. หน่วยบริการสุขภาพในการจัดระบบบริการส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรังอย่างเป็นระบบ

4. หน่วยงานภาควิชาการด้านสุขภาพส่งเสริมให้ศึกษาวิจัยประสิทธิผลเชิงเศรษฐศาสตร์ในการส่งเสริมป้องกันโรคไตเรื้อรังและครอบคลุมทุกมิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Vijitrasuntornkul, K. (2022). Epidemiology and Review of Prevention Measures for Chronic Kidney Disease. Non-Communicable Diseases Division, Department of Disease Control, Nonthaburi. Searched from https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820220905025852.pdf
2. Thanakitjaru, P. , Bunnag, S. and Pichaiwong, W. (2014). Chronic Kidney Disease (CKD). In Thailand Medical Services Profile 2011 – 2014 (First Edition). Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Searched from https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/11/โรคไตเรื้อรัง.pdf
3. The Nephrology Society of Thailand. (2022). Clinical Practice Recommendation for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease in Adults 2022 (Revised edition). Searched from https://www.nephrothai.org/B9-2/
4. Health Data Center (HDC) Ministry of Public Health. (2025). Data to support the Service Plan for the Nephrology Branch / Number of Chronic Kidney Disease Patients in the Service Area, Classified by Stage (Coverage) / Health Region 1, Searched from https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/5d523ced4c9569123109fa6f4071d35f
5. Mekthan, S. (2017). Management of chronic kidney disease leads to management of chronic non-communicable diseases. In the Annual Proceedings of The Nephrology Society of Thailand. August 5, 2017; Bangkok. Searched from https://www.hfocus.org/content/2017/08/14351
6. Harnbanjong, k. (2025). 7.2 Million People Know Their Kidney Disease Risk Factors Project. In: Conference proceedings of the 7.2 Million People Know Their Kidney Disease Risk Factors Project, Department of Disease Control. (2025). Searched from https://cimjournal.com/pr-society/pr-aztra-spe-68/
7. The Nephrology Society of Thailand. (2023). Guidelines for Supportive and Palliative Care of Patients with Chronic Kidney Disease, 2023 (Kidney Supportive and Palliative Care 2023). Searched from https://www.nephrothai.org/คำแนะนำสำหรับการดูแลรั-2/
8. Pantaewan, P. (2017). Ecological Model and Health Behavior Change. Journal of the Royal Thai Army Nursing, 18(2), Abstract. Searched from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/96828
9. Kematorn, K. and Panpae, K. (2023). Development of a Model for Slowing Down Kidney Deterioration in Patients with Chronic Kidney Disease at Damnoensaduak Hospital, Ratchaburi Province. Journal of Research for

Health Improvement and Quality of Life, 3(3), 49-60. Searched from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHQJ/article/view/265327/182112

10. Srisong, K. (2023). Development of The Self-Management Program for Diabetes mellitus patients with third stage Chronic Kidney Disease at Somdet District, Kalasin Province. Journal of Health and Environmental Education, 8(2), 181-193. Searched from https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/265717
11. Sereethammapithak, P. (2023). The effect of a health care behavior promotion program to slow kidney deterioration in patients with chronic kidney disease stage 1-3a at Phonsawan Hospital, Nakhon Phanom Province. Journal of Environmental Health and Community Health, 8(2), Abstract. Searched from https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1567
12. Teemuaengsai, W. and Paksupasin, P. (2021). Development of delayed chronic kidney disease model in primary CKD clinic Mueang district Mahasarakham province. Mahasarakham Hospital Journal, 18(3), Abstract. Searched from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/254386
13. Thongmeesit Jost, K. , Vanichvarotm, C, Triyamanirat, K. , Singweratham, N. and Nawsuwan, K. (2024). The Development of New Normal Non-communicable Disease Service System Model for Diabetic Patients Pattani Province. Journal of Nursing and Health Science Research, 16(1), Abstract. Searched from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/e266580
14. Kaenkan, W. , Damnok, K. and Anutrakulchai, S. (2019). Effectiveness of Care Model for Chronic Kidney Disease Patients Using Integrated Disease Management and Case Management in Primary Care Units, Northeast. Journal of Nursing and Health care, 37(3), Abstract. Searched from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/219749
15. Thungtong, S. , Chinnawong, T. and Thaniwattananon, P. (2015). Effects of Self-Management Support Program for Delayed Progression of Diabetic Nephropathy on Self-Management Behaviors and Clinical Outcomes in Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus. Songklanagarind Journal of Nursing, 35(1), 67-84. Searched from https://www.nur.psu.ac.th/researchdb/file_warasarn/8295journal225600310100622.pdf

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a Seamless Community-Participatory Mental Health Care Model in Mueang Suang District, Roi Et Province.

(Received: March 5,2026 ; Revised: March 8,2026 ; Accepted: March 10,2026)

อัศราวุธ ใจหาญ[1] วิภาดา ปาลศรี[2]
Asarawut Jaihan[1] Wipada Palsri[2]

บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อ และ 3) ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Paticipatory Action Research : PAR) ดำเนินการ 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 คน และ กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมานด้วย Chi-square test

ผลการวิจัย พบว่า สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชครอบคลุมทั้งระยะก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-hospital) ระยะรักษาในโรงพยาบาล (In-hospital) และระยะหลังออกจากโรงพยาบาล (Post-hospital) รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ระบบเครือข่ายการดูแลแบบบูรณาการ 2) การฝึกอบรมบุคลากร 3) กิจกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต 4) ระบบดูแลฉุกเฉินและส่งต่อ และ 5) เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตาม ผลการประเมินหลังการใช้รูปแบบ พบว่า อัตราการคัดกรองสุขภาพจิตในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 10.90 เป็นร้อยละ 18.41 ($p<0.001$) อัตราการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.00 เป็นร้อยละ 80.02 ($p<0.001$) ร้อยละผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.24 เป็นร้อยละ 80.22 ($p<0.001$) ร้อยละผู้ป่วยขาดนัดที่ได้รับการติดตามเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.40 เป็นร้อยละ 90.20 ($p<0.001$) และจำนวนครั้งการเยี่ยมบ้านเชิงรุกเพิ่มขึ้นร้อยละ 86.67 (จาก 150 ครั้ง เป็น 280 ครั้ง) ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก (Mean=4.38)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวช, การดูแลแบบไร้รอยต่อ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, รูปแบบการดูแล, สุขภาพจิตชุมชน

ABSTRACT

The development of a seamless community-participatory mental health care model in Mueang Suang District, Roi Et Province aimed to: 1) study the situation and problems of psychiatric patient care; 2) develop a seamless community-participatory mental health care model; and 3) evaluate outcomes of the developed model. This was a participatory action research (PAR) conducted in three phases. The sample group consisted of 10 psychiatric patients and 10 relatives or caregivers of psychiatric patients. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with Chi-square test.

The findings revealed that psychiatric care problems existed across all three phases: pre-hospital, in-hospital, and post-hospital. The developed model comprised five components: 1) integrated care network; 2) personnel training; 3) mental health prevention and promotion activities; 4) emergency care and referral system; and 5) digital technology for patient follow-up. After model implementation, the community mental health screening rate significantly increased from 10.90% to 18.41% ($p<0.001$), screening coverage for seven risk groups increased from 60.00% to 80.02% ($p<0.001$), continuity of care for schizophrenia patients increased from 58.24% to 80.22% ($p<0.001$), the follow-up rate for missed appointments increased

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเมืองสรวง
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเมืองสรวง

from 70.40% to 90.20% (p<0.001), and proactive home visits increased by 86.67% (from 150 to 280 visits). Overall stakeholder satisfaction with the model was at a high level (Mean=4.38).

Keywords: psychiatric patients, seamless care, community participation, care model, community mental health

บทนำ

ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จัดเป็นหนึ่งในประเด็นสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ด้วยสภาพการณ์ของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในด้านเทคโนโลยี เศรษฐกิจ และสังคม ประกอบกับวิกฤตการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและความไม่แน่นอนรอบด้านในการใช้ชีวิตในสังคม[1] ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักของภาระโรคทั่วโลกในปี พ.ศ.2560 และคาดการณ์ว่าจะเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของภาระโรคภายในปี พ.ศ. 2573[2] ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจากกรมสุขภาพจิต ประเทศไทย พบว่าระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2558-2567 มีจำนวนผู้เข้ารับบริการด้านจิตเวชในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2566 คนไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและเข้ารับบริการถึง 4 แสนคน เพิ่มขึ้นกว่า 1.7 เท่าในช่วงเวลาไม่ถึง 10 ปี จากจำนวน 231,082 คน เป็น 399,645 คน โดยโรคที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้รับบริการจิตเวช 3 อันดับแรก คือ โรควิตกกังวล (Anxiety disorders), โรคซึมเศร้า (Depression) และโรคจิตเภท (Schizophrenia) ผลกระทบของปัญหาทางด้านสุขภาพจิตนั้นสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมได้ ส่งผลให้เพิ่มโอกาสในการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย การสูญเสียแรงจูงใจและพลังงานในการใช้ชีวิต การมีความคิดที่ผิดปกติ การกระทำที่เสี่ยงอันตราย เช่น การดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้ยาเสพติด เกิดการทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่น หรืออาจก่อเหตุที่รุนแรงสร้างผลกระทบที่รุนแรงต่อสังคมได้ จากแนวโน้มสถานการณ์ของผู้ป่วยทางด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคสุขภาพจิตจึงเป็นโรคที่ต้องการการวินิจฉัยและการดูแลอย่างต่อเนื่องครอบคลุมไปทุกระดับ[3]

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิผลในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางด้านคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเวชอื่น ๆ คือ รูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม (Collaborative care model) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหวิชาชีพ การสื่อสารที่มีระบบโครงสร้างที่ชัดเจน มีระบบโปรโตคอลมาตรฐานในการรักษาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการระบุวินิจฉัยโรคจิตเวชอย่างเป็นระบบ และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบขั้นบันไดตามระยะของโรค[4] การบูรณาการโปรแกรมสุขภาพจิตในคลินิกปฐมภูมิ โดยการดูแลแบบทีมด้วยแพทย์และผู้ให้บริการด้านสุขภาพพร้อมกับปรึกษาจิตแพทย์ด้วยระบบการรักษาทางไกล จะช่วยเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเนปาล ที่แสดงให้เห็นว่า แผนการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน ช่วยเพิ่มการเข้าถึงการรักษาสำหรับโรคซึมเศร้า (0% เป็น 12%) โรคจิตเภท (3% เป็น 53%) และโรคลมชัก (1% เป็น 13%)[5] และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดีย ที่พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 1) องค์ประกอบทางด้านคลินิก ได้แก่ การฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข การมีจิตแพทย์ที่ปรึกษา ระบบการดูแลแบบขั้นบันได และ 2) องค์ประกอบในชุมชน ได้แก่ กลุ่มประชาชนที่มีการชีวิตที่มีสุขภาพดี การสนับสนุนกิจกรรมที่ดี และการเยี่ยมบ้าน จะช่วยลดภาวะโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการดูแลแบบมาตรฐาน[6] สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อในเขตบริการจังหวัดยโสธร[7] ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของ

บุคลากรงานสุขภาพจิตทุกระดับตั้งแต่ระดับชุมชน จนถึงระดับจังหวัด โดยต้องมีระบบการสื่อสาร เชื่อมโยง ส่งต่อการทำงานอย่างลื่นไหล มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ มีระบบการปรึกษาโดยแพทย์ไปยังจิตแพทย์และการส่งต่อ มีการสร้างเครื่องมือติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วย ส่งผลให้ อัตราการเข้ารับบริการในระบบการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (64.11% เป็น 90.44%) และลดอัตราการส่งต่อได้ร้อยละ 84.31 และสอดคล้องกับการศึกษาของกนกศรี จาดเงิน และศิพัฒน์กร เชื่อภักดี[8] ที่ได้พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนภายใต้องค์ประกอบ 6 ด้าน คือ การจัดการความรู้และทักษะ การจัดทำบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย การจัดการแหล่งสนับสนุนในชุมชน การสร้างนวัตกรรมและสื่อให้กับเครือข่าย อสม. การพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยสำหรับภาคีเครือข่าย การติดตามประเมินผล จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรง

จากข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในจังหวัดร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ.2565 ถึง 2567 เท่ากับ 60,928 ราย, 66,291 ราย และ 86,461 ราย ตามลำดับและในพื้นที่อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อย เท่ากับ 921 ราย, 888 ราย และ 1,283 ราย[9] ซึ่งมีแนวโน้มผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่อำเภอเมืองสรวง 3 ลำดับที่สำคัญ ได้แก่ 1) โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย 2) ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และ 3) การเข้าถึงบริการที่ยังไม่ครอบคลุม โดยมีสถิติในด้านอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2565-2567 เท่ากับ 4.32 (1 ราย), 0 และ 13.08 (3 ราย) ตามลำดับ ผลการทบทวนเวชระเบียนและสอบสวนโรค พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็กวัยรุ่น ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดและกลุ่มผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคที่พบ ได้แก่ การคัดกรองที่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ขาดทักษะการสังเกตอาการหรือสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ขาดระบบการส่งต่อเชื่อมโยงข้อมูล ปัญหาในด้านผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ต่ำในปี พ.ศ.2567 คือ 77.59% ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ (85%) โดยเฉพาะในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ โรคจิตเวชอื่น ๆ โรคจิตเภทและโรคจิตเวชยาเสพติด และปัญหาในด้านการเข้าถึงบริการและการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าการคัดกรองยังไม่ครอบคลุมใน 7 กลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งจากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ที่ยังมีปัญหาเชิงระบบตั้งแต่ก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-hospital) ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (In-hospital) และหลังออกจากโรงพยาบาล (Post-hospital)

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น จึงต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless care) ที่ครอบคลุมตั้งแต่ก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-hospital) ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (In-hospital) และหลังออกจากโรงพยาบาล (Post-hospital) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและไม่ขาดช่วง ด้วยการบูรณาการการดูแลแบบมีส่วนร่วม (Collaborative care model) ด้วยชุมชน (Community participation) ด้วยการเน้นเสริมพลังให้กับครอบครัว ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชุมชน ให้มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การเฝ้าระวังอาการกำเริบและการส่งต่อที่เหมาะสม ด้วยการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนผ่านระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลภายใต้ความเหมาะสมของบริบทของพื้นที่ เพื่อที่จะเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ

เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ และจะสามารถลดภาระของระบบสุขภาพได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Paticipatory Action Research : PAR) โดยการด้วยการบูรณาการการดูแลแบบมีส่วนร่วม (Collaborative care model) ด้วยชุมชน (Community participation)

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตาม DSM-V 2) ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลเมืองสรวง 3) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 4) มีประวัติการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ตามปกติและสามารถให้ข้อมูลได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือยินยอม เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในภาวะกำเริบเฉียบพลันหรือมีอาการไม่สงบในขณะเก็บข้อมูล 2) เป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง 3) ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัย กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 คน คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวอย่างน้อย 6 เดือน 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองสรวงและอยู่ร่วมบ้านหรือดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 3) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 4) สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือยินยอม เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ที่ย้ายที่อยู่ในระหว่างการวิจัย 2) ปฏิเสธเข้าร่วมงานวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 มีเครื่องมือที่ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบทบทวนข้อมูลย้อนหลัง สำหรับรวบรวมข้อมูลสถิติและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากระบบรายงานของโรงพยาบาลเมืองสรวงระหว่างปี พ.ศ.2564-2647 ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลด้านจำนวนผู้ป่วย อัตราการเข้าถึงบริการ อัตราการนัดหมาย อัตราการสส่งต่อ อัตราการฆ่าตัวตาย และตัวชี้วัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guide) ที่มีโครงสร้างกึ่งแบบแผนสำหรับใช้สัมภาษณ์รายบุคคลเพื่อสำรวจประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในบริบทของอำเภอเมืองสรวง 3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guide) ที่มีโครงสร้างกึ่งแบบแผนสำหรับการสนทนาทั้ง 4 กลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยประเด็น สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ กระบวนการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคในแต่ละช่วงของการดูแล (Pre-hospital, In-hospital, Post-hospital) และความต้องการในการพัฒนาระบบ

ระยะที่ 2 มีเครื่องมือที่ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกการประชุมปฏิบัติการสำหรับบันทึกผลการระดมสมอง ข้อเสนอแนะ และมติที่ประชุมจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้ง 2) แบบสังเคราะห์กรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลสำหรับการสังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติทางด้านคลินิกเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลฯ 3) แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ

รูปแบบที่พัฒนาขึ้น สำหรับผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำหรับประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้น 4) แบบบันทึกการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบสำหรับรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 3 มีเครื่องมือที่ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) รายงานตัวชี้วัดจากรายงานมาตรฐานข้อมูลตอบสนอง Service plan ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช และข้อมูลรายงานที่จัดเก็บหน้างาน 2) แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบการดูแลฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ คุณภาพการให้บริการ ความต่อเนื่องในการดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชนและความพึงพอใจโดยรวม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ระยะที่ 1 ทำการตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.95 และทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้หลักการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ในด้านแหล่งข้อมูล วิธีการเก็บข้อมูล และนักวิจัย รวมถึงการตรวจสอบโดยสมาชิก (Member checking) เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

ระยะที่ 2 ทำการตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.96

ระยะที่ 3 ในส่วนของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจ ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index, CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการทบทวนข้อมูลทุติยภูมิย้อนหลัง ในปี พ.ศ. 2567 จากแหล่งข้อมูล HDC สำหรับตัวชี้วัดด้านบริการสุขภาพจิตในระดับอำเภอและระดับจังหวัด ได้แก่ อัตราเข้าถึงบริการ อัตราการดูแลต่อเนื่อง อัตราส่งต่อและอัตราการคัดกรอง จากระบบรายงาน 21 แฟ้มมาตรฐานและรายงานสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตสำหรับข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรคและข้อมูลการส่งต่อระหว่างสถานบริการ จากเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลเมืองสรวง สำหรับข้อมูลการวินิจฉัยตาม DSM-V ประวัติการรักษา ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและอัตราการนัดหมาย จากบันทึกการสอบสวนโรคและรายงานเหตุการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ สำหรับข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและการพยายามฆ่าตัวตาย 2) ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ครอบคลุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 4กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มญาติและผู้ดูแล กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มตัวแทนของชุมชน โดยมีขั้นตอน คือ การชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษาก่อนเริ่มกระบวนการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ดำเนินการสนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ครอบคลุมประเด็นสถานการณ์ปัญหา กระบวนการดูแลในปัจจุบัน อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาระบบครอบคลุมทั้ง 3 ช่วง ได้แก่ Pre-hospital, In-hospital และ Post-hospital ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In-depth interview) เพิ่มเติมสำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ที่มีประสบการณ์ตรงหรือมีข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ ในกรณีที่ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มยังไม่อิ่มตัว ทำการบันทึกเสียงและนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์เพื่อจัดทำรายงานสถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่อำเภอเมืองสรวง

ระยะที่ 2 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้ง ควบคู่กับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งการประชุมปฏิบัติการประกอบด้วย ครั้งที่ 1 นำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาจากระยะที่ 1 ครั้งที่ 2 การออกแบบรูปแบบการดูแลฯ โดยการกำหนดองค์ประกอบ กระบวนการ บทบาทหน้าที่ของแต่ภาคส่วน และระบบการเชื่อมโยงส่งต่อครอบคลุมทั้งทั้ง 3 ช่วงการดูแล ได้แก่ Pre-hospital, In-hospital และ Post-hospital และครั้งที่ 3 การยืนยัน ให้ข้อเสนอแนะและรับรองรูปแบบการดูแลฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งการประชุมในแต่ละครั้งใช้เวลาครึ่งวันถึงหนึ่งวัน มีการบันทึกเสียง บันทึกภาพและจดบันทึกการประชุม และรวบรวมผลการระดมสมองผ่านแบบบันทึกการประชุมที่ออกแบบไว้

ระยะที่ 3 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลฯ โดยก่อนพัฒนาระบบ เป็นการสืบค้นและรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ระบบ HDC ก่อนพัฒนาระบบ คือ ข้อมูลในปี พ.ศ.2567 และทำการเก็บข้อมูลไปข้างหน้าสำหรับหลังพัฒนาระบบ คือ ข้อมูลในปี พ.ศ.2568 และทำการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การสังเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติจากเวชระเบียนและรายงานย้อนหลังด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลฯ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและจัดกลุ่มข้อมูลตามองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลฯ ในแต่ละช่วง คือ Pre-hospital, In-hospital และ Post-hospital

ระยะที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลฯ ที่พัฒนาขึ้นในด้านข้อมูลทั่วไปด้วยสถติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมาน คือ Chi-square testในการเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลฯ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE1672567 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

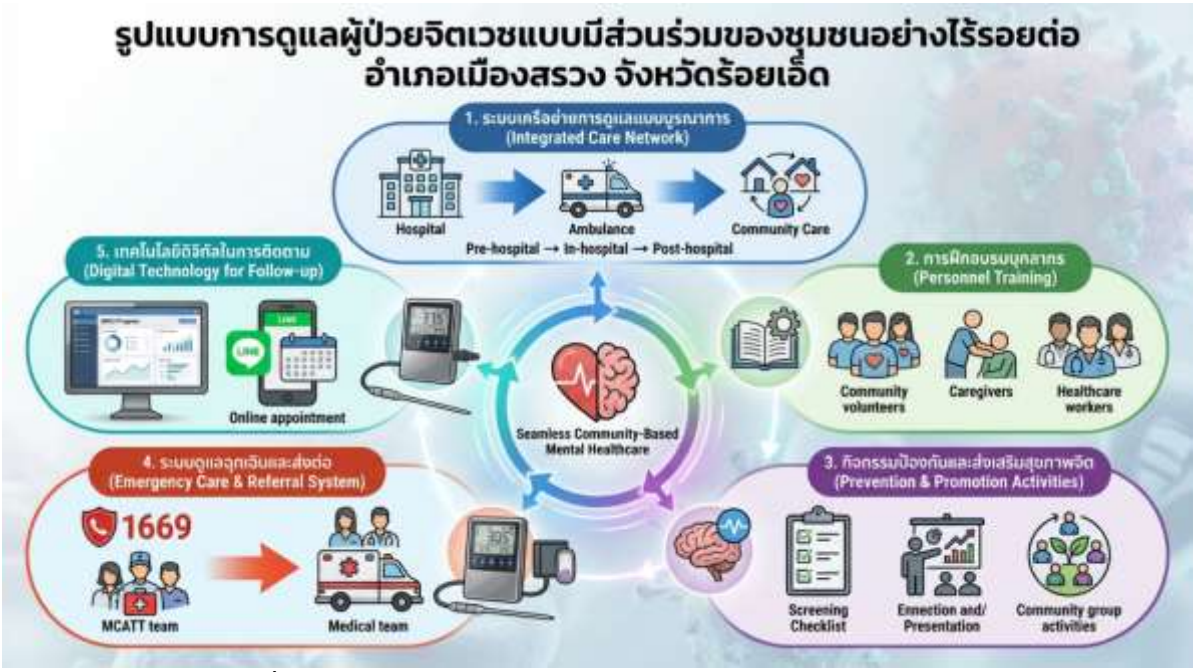
สรุปผลการศึกษาออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มแสดงถึงปัญหาจากมุมมองของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของการศึกษาครั้งนี้ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยคนหนึ่งกล่าวว่า “หลังจากออกจากโรงพยาบาล รู้สึกว่าไม่มีใครติดตาม ต้องดูแลตัวเองคนเดียว บางครั้งลืมกินยา ไม่รู้ว่าจะปรึกษาใครดี” ญาติผู้ดูแลคนหนึ่งกล่าวว่า: “ไม่รู้ว่าจะดูแลลูกอย่างไร บางครั้งอาการกำเริบแต่ไม่รู้ว่าต้องทำอย่างไร ต้องรอจนถึงวันนัดถึงจะได้พบแพทย์” พยาบาลคนหนึ่งกล่าวว่า: “ผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่พยาบาลสุขภาพจิตมีจำนวนจำกัด ทำให้การดูแลต่อเนื่องไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะผู้ป่วย SMI-V ที่ต้องการการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด” อสม. คนหนึ่งกล่าวว่า: “เราอยากช่วยดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน แต่ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช กลัวว่าจะทำผิดพลาด” ซึ่งสามารถสรุปประเด็นของปัญหา และเมื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหา พบความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ใน 6 ประเด็น ได้แก่ 1) ต้องการระบบการคัดกรองที่ครอบคลุมและเข้าถึงได้ง่าย โดยเฉพาะใน 7 กลุ่มเสี่ยง 2)

ต้องการการฝึกอบรม อสม. และผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 3) ต้องการระบบการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ 4) ต้องการช่องทางการสื่อสารและประสานงานที่รวดเร็วระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล 5) ต้องการกิจกรรมสร้างความเข้าใจและลดการตีตราต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 6) ต้องการระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด จากการทบทวนสถานการณ์ปัญหาจากการศึกษาระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ทำการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบเครือข่ายการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated care network) ซึ่งประกอบด้วย ระยะก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-Hospital Phase) โดยมุ่งเน้นระบบคัดกรองตั้งแต่ระดับชุมชนด้วย อสม. และบุคลากรทางการแพทย์จาก รพ.สต. ทำหน้าที่เป็นด่านแรกในการค้นหาและคัดกรองเชิงระบบผู้มีปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน 2Q สำหรับการคัดกรองเบื้องต้น และเครื่องมือ 8Q/9Q สำหรับการประเมินเชิงลึกในผู้ที่พบความเสี่ยง เพื่อแยกระดับความรุนแรงและพิจารณาความจำเป็นในการส่งต่อ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่มเสี่ยงหลัก คือ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ติดสุรา ผู้ติดยาเสพติด เด็กและวัยรุ่น ผู้มีประวัติครอบครัวมีปัญหา และผู้มีปัญหาทางสังคม ระยะรักษาในโรงพยาบาล (In-Hospital Phase) เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งต่อจากชุมชนมาสู่ระบบโรงพยาบาล การดูแลจะดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพโดยแพทย์เวชศาสตร์จิตเวชชุมชน พยาบาลสุขภาพจิต โดยแบ่งการบริการออกเป็น 2 คลินิกหลัก คือ คลินิกยาเสพติดที่ให้การบำบัดด้วย Motivational Enhancement Therapy (MET) และ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) พร้อมกิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดและค่ายบำบัด และคลินิกจิตเวชที่ให้บริการวินิจฉัย รักษา และติดตามผู้ป่วยจิตเวชทุกประเภท โดยมีเตียงผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด 2 เตียง สำหรับกรณีที่ต้องการการดูแลแบบเข้มข้น มีระบบวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมในด้านการรักษาอาการร่วมกับการเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลและรักษาต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล และระยะหลังออกจากโรงพยาบาล (Post-Hospital Phase) มีระบบเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบซึ่งดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับ อสม. โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความรุนแรง (SMI-V) และผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย 2) การฝึกอบรมบุคลากร (Personal training) มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทุกระดับอย่างเป็นระบบครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลชุมชนและบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การฝึกอบรม อสม. ให้มีความรู้ด้านโรคจิตเวชและการใช้เครื่องมือคัดกรอง การพัฒนาทีม MCATT (Mobile Crisis Assessment and Treatment Team) ให้มีทักษะการปฐมพยาบาลทางใจและการจัดการวิกฤต เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน การอบรมให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย สังเกตอาการกำเริบ และจัดการเมื่อเกิดวิกฤต 3) กิจกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต (Prevention & Promotion Activities) เป็นการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ได้แก่ การรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวชและสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย การสร้างแคมเปญลดการตีตรา (Anti-Stigma Campaign) และการสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน 4) ระบบดูแลฉุกเฉินและส่งต่อ (Emergency care & Referral system) เป็นการระบบจิตเวชฉุกเฉินที่ประสานงานกับระบบ 1669 และ 191 พร้อมแนวทาง Triage ที่ชัดเจนในการ

จัดลำดับความสำคัญตามระดับความรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีจากชุมชนสู่โรงพยาบาล และการทบทวนระบบส่งต่อที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนสูงไปยังโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และ 5) เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตาม (Digital Technology for follow-up) ได้แก่การใช้โปรแกรม Mental Health Check-in (MHCI) ที่ช่วยให้การเก็บข้อมูลและติดตามผลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ การมีระบบติดตามนัดผ่านการโทรศัพท์และการส่งข้อความเตือน เพื่อลดอัตราการขาดนัดและส่งเสริมความต่อเนื่องของการรักษา มีการจัดตั้งกลุ่ม Line เฝ้าระวังในระดับตำบล ซึ่งเชื่อมโยงการสื่อสารระหว่าง อสม. ผู้ดูแล และบุคลากรโรงพยาบาลเข้าด้วยกัน ทำให้การแจ้งเตือนเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบสามารถทำได้อย่างรวดเร็ว ลดความล่าช้าในการเข้าถึงการรักษา ซึ่งครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ร่วมดูแลหลัก โดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อ
อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อ อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อใน อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญทั้งทางด้านกระบวนการและด้านคลินิกในระหว่างปีงบประมาณ 2567 (ก่อนพัฒนาระบบ) และปีงบประมาณ 2568 (หลังพัฒนาระบบ) พบว่า ผลลัพธ์ด้านการคัดกรองสุขภาพจิตในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 10.90 เป็น 18.41 (χ^2=516.918, df=1, p<0.001) และร้อยละในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 60.00 เป็น 80.02 (χ^2=358.404, df=1, p<0.001)

ผลลัพธ์ในด้านการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.25 (จาก 1,283 คน เป็น 1,530 คน) และจำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.87 (จาก

4,666 ครั้ง เป็น 5,360 ครั้ง) ส่วนร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเภทและอัตราการส่งต่อมีแนวโน้มที่ลดลงจากร้อยละ 11.46 เป็น 8.55 แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.959, p=0.939 และ p=0.478 ตามลำดับ)

ผลลัพธ์ในด้านการดูแลต่อเนื่องและผลลัพธ์ทางคลินิกในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าถึงบริการสะสมได้รับการดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 58.24 เป็นร้อยละ 80.22) และร้อยละผู้ป่วยขาดนัดได้รับการติดตามเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 70.40 เป็นร้อยละ 90.20) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p=< 0.001 และ p=< 0.001 ตามลำดับ) ส่วนตัวชี้วัดที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ร้อยละผู้ป่วย SMI-V ได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีค่าลดลง (จากร้อยละ 93.14 เป็น ร้อยละ 77.59, p=0.052) ร้อยละผู้ป่วย SMI-V ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ มีค่าลดลง (จากร้อยละ 6.25 เป็นร้อยละ 0, p=0.421) ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงติดตาม (Retention Rate) เพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 86.86 เป็นร้อยละ 92.82, p=0.056) และจำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีค่าที่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.67 (จาก 150 ครั้ง เป็น 280 ครั้ง)

ผลการประเมินความพึงพอใจในการพัฒนาระบบจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 40 คนต่อการพัฒนาระบบภาพรวมทุกมิติอยู่ในระดับมาก (Mean=4.38) โดยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มีคะแนนสูงสุด (4.60) รองลงมาคือกลุ่มญาติ/ผู้ดูแล (4.42) กลุ่มตัวแทนชุมชน (4.37) และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช (4.11) มิติที่ได้คะแนนสูงสุดคือความต่อเนื่องในการดูแล (4.45±0.31) และมิติที่มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงที่สุดคือการมีส่วนร่วมของชุมชน (4.40±0.46)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีปัญหาเชิงระบบครอบคลุมทั้ง 3 ช่วงของการดูแล ได้แก่ ระยะก่อนมาโรงพยาบาล ระยะรักษาในโรงพยาบาล และระยะหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการและความต่อเนื่องของการรักษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้รับการยืนยันความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้วยค่า IOC เท่ากับ 0.96 และมีค่าความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก (Mean=4.38) สะท้อนถึงความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน และผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นแสดงให้เห็นการพัฒนาที่มีนัยสำคัญในด้านการคัดกรองสุขภาพจิต (10.90% เป็น 18.41%, p<0.001) การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม (60.00% เป็น 80.02%, p<0.001) การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท (58.24% เป็น 80.22%, p<0.001) และการติดตามผู้ป่วยขาดนัด (70.40% เป็น 90.20%, p<0.001) รวมถึงจำนวนการเยี่ยมบ้านเชิงรุกที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 86.67 ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อที่บูรณาการกับเทคโนโลยีดิจิทัลสามารถพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิผล

สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ปัญหาของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นปัญหาที่ครอบคลุมทั้ง 3 ช่วงการดูแล ได้แก่ Pre-hospital, In-hospital และ Post-hospital โดยจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล อสม. และบุคลากรทางการแพทย์ต่างแสดงความต้องการระบบการดูแลที่เชื่อมโยงกันอย่างไร้รอยต่อ ซึ่งครอบคลุมทุกช่วงของการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

Wannasewok และคณะ[11] ซึ่งพบว่า ระบบสุขภาพจิตในชุมชนของประเทศไทยมีปัญหาในด้านการขาดแคลนบุคลากร การกระจายทรัพยากรที่ไม่เท่าเทียมโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท และช่องว่างระหว่างการให้บริการในระดับโรงพยาบาลจังหวัดและระดับชุมชน ในระยะก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-hospital) พบปัญหาสำคัญ คือ การคัดกรองสุขภาพจิตที่ไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงทั้ง 7 กลุ่ม ขาดการเชื่อมโยงระหว่างชุมชนกับสถานบริการ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขาดความรู้และทักษะในการดูแลและคัดกรองผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก[12] ที่ระบุว่า การให้บริการสุขภาพจิตในชุมชนที่มีประสิทธิผลจำเป็นต้องมีระบบการคัดกรองเชิงรุกและการสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการและป้องกันการกำเริบของโรค ในระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล (In-hospital) พบปัญหาในด้านการขาดระบบการรักษาแบบสหวิชาชีพที่ชัดเจน และบุคลากรสุขภาพจิตมีจำนวนจำกัดเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Reilly และคณะ[13] ที่ทำการศึกษาด้วยการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า รูปแบบการดูแลแบบร่วมมือ (Collaborative care) สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรงนั้นมีประสิทธิผลเมื่อมีการบูรณาการระบบการสื่อสารระหว่างทีมและกลไกการดูแลที่ต่อเนื่อง ในระยะหลังออกจากโรงพยาบาล (Post-hospital) พบว่าผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ระบบการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายไม่ครอบคลุม และมีอัตราการขาดนัดสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ojo และ Ferreira[14] ที่พบว่าการขาดแผนการดูแลหลังจำหน่ายที่ครอบคลุมและการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดการกำเริบและกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ระบบเครือข่ายการดูแลแบบบูรณาการ 2) การฝึกอบรมบุคลากร 3) กิจกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต 4) ระบบดูแลฉุกเฉินและส่งต่อ และ 5) เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Whitfield และคณะ[4] ที่พบว่าหลักการของรูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม (Collaborative Care Model) ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ ระบบการสื่อสารที่มีโครงสร้างชัดเจน และการบูรณาการบริการระหว่างระดับปฐมภูมิกับระดับจิตเวชเฉพาะทาง โดยองค์ประกอบที่ 1 คือ ระบบเครือข่ายการดูแลแบบบูรณาการ ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนมาโรงพยาบาล ระยะรักษา และระยะหลังออกจากโรงพยาบาล โดยมีกลไกการเชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน และชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Inoue และคณะ[15] ที่ศึกษาพบว่า รูปแบบ SCOPE Mental Health ที่ทำการศึกษา เป็นการบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตในบริบทชุมชนท้องถิ่น (Community-specific adaptation) เป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้รูปแบบการดูแลไร้รอยต่อประสบความสำเร็จ เนื่องจากช่วยเพิ่มการรับเอารูปแบบไปใช้โดยแพทย์และผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิ องค์ประกอบที่ 2 คือการฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับ โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้และทักษะในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Mudiyanselage และคณะ[16] ที่พบว่า การผสมผสานระหว่างบุคลากรที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ (Non-specialists) ร่วมกับเทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพจิตของประเทศรายได้ปานกลาง-ต่ำ มีผลในการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรและพัฒนาผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้รับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญ องค์ประกอบที่ 3 และ 4 คือกิจกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต และระบบดูแลฉุกเฉินและส่งต่อ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก[12] ที่เน้นการบูรณาการบริการ

สุขภาพจิตเข้ากับระบบปฐมภูมิ การรณรงค์ลดการตีตรา (Anti-stigma) และการสร้างระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และองค์ประกอบที่ 5 คือเทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตาม ได้แก่ โปรแกรม Mental Health Check-in (MHCI) และระบบกลุ่ม Line เฝ้าระวังระดับตำบล สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith และคณะ[17] ที่นำเสนอว่า เทคโนโลยีดิจิทัลมีศักยภาพสูงในการเพิ่มการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิต โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด ผ่านการสื่อสารแบบทันท่วงทีและการติดตามผู้ป่วยแบบไม่ต้องเผชิญหน้า อย่างไรก็ตาม การนำเทคโนโลยีมาใช้ยังต้องคำนึงถึงความพร้อมของผู้ใช้และการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล

ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ในด้านผลลัพธ์ด้านการคัดกรองสุขภาพจิต พบว่า อัตราการคัดกรองสุขภาพจิตในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 10.90 เป็นร้อยละ 18.41 (χ^2= 516.918, p<0.001) และอัตราการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.00 เป็นร้อยละ 80.02 (χ^2=358.404, p<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jordans และคณะ[5] ที่พบว่า แผนการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนที่มีระบบการคัดกรองเชิงรุกช่วยเพิ่มการเข้าถึงการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ผลการเพิ่มขึ้นของอัตราการคัดกรองสะท้อนถึงประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. และการใช้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐาน 2Q/8Q/9Q ที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการ พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.25 (จาก 1,283 คน เป็น 1,530 คน) และจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.87 (จาก 4,666 ครั้ง เป็น 5,360 ครั้ง) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาพร จันทร์สาม[7] ที่รายงานว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อในเขตบริการจังหวัดยโสธรทำให้อัตราการเข้ารับบริการในระบบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.11 เป็น 90.44 ส่วนร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทยังไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.959 และ p=0.939 ตามลำดับ) อาจเนื่องมาจากระยะเวลาของการศึกษาที่ค่อนข้างสั้น ซึ่งผลลัพธ์บางประการอาจต้องใช้เวลาในการสังเกตที่นานขึ้น ผลลัพธ์ด้านการดูแลต่อเนื่อง พบว่า ตัวชี้วัดที่สำคัญ 2 ตัวมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ร้อยละผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 58.24 เป็นร้อยละ 80.22, p<0.001) และร้อยละผู้ป่วยขาดนัดที่ได้รับการติดตามเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 70.40 เป็นร้อยละ 90.20, p<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Maoz และคณะ[18] ที่พบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่นำโดยจิตแพทย์อาวุโสและทีมสหวิชาชีพช่วยลดการเยี่ยมห้องฉุกเฉินและอัตราการรับไว้รักษาซ้ำ และความต่อเนื่องของการดูแล มีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเพิ่มขึ้นร้อยละ 86.67 (จาก 150 ครั้ง เป็น 280 ครั้ง) สะท้อนให้เห็นถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ว่า การเยี่ยมบ้านเชิงรุกและการติดตามที่สม่ำเสมอเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรง[12] อย่างไรก็ตาม พบว่าตัวชี้วัดบางประการไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เช่น ร้อยละผู้ป่วย SMI-V ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง (p=0.052) และ Retention Rate ในผู้ป่วยยาเสพติด (p=0.056) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากลักษณะซับซ้อนของโรค ความต้องการการดูแลที่เข้มข้นกว่า และระยะเวลาสั้นของการติดตามผล สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Reilly และคณะ[12] ที่ระบุว่า หลักฐานสำหรับรูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช

รุนแรงยังอยู่ในระดับที่ต้องพัฒนาต่อเนื่อง และผลการประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก (Mean=4.38) โดยมิติที่ได้คะแนนสูงสุดคือความต่อเนื่องในการดูแล (4.45±0.31) สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นตอบสนองต่อความต้องการของทุกภาคส่วน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wannasewok และคณะ[11] ที่เน้นว่าความสำเร็จของระบบสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทยขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลในโรงพยาบาลชุมชนอื่นในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยปรับให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่

2. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว (ติดตาม 2-3 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการดูแล โดยเฉพาะในตัวชี้วัดที่ยังไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เช่น ผู้ป่วย SMI-V

3. ควรศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ (Cost-effectiveness) ของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น เพื่อสนับสนุนการจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลเมืองสรวงที่สนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ เครือข่ายภาคชุมชนที่เกี่ยวข้องสำหรับการให้ข้อมูลและแลกเปลี่ยนแนวความคิด ความคิดเห็นเพื่อการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพและสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต ประเทศไทย. รายงานระบบสุขภาพไทยภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดสุขภาพจิต. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nationalhealth.or.th/storage/ebooks_attach/Mental_Health_Category.pdf.
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
3. สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. Whitfield S, Reed S, Webster L, Cherian A, Rathod S. Successful ingredients of effective Collaborative Care programs in low- and middle-income countries: A rapid review. Glob Ment Health. 2023;10:e3. https://doi.org/10.1017/gmh.2022.60
5. Jordans MJD, Luitel NP, Kohrt BA, Rathod SD, Garman EC, De Silva M, et al. Community-, facility-, and individual-level outcomes of a district mental healthcare plan in a low-resource setting in Nepal: A population-based evaluation. PLoS Med. 2019;16(2):e1002748. https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1002748
6. Srinivasan K, Chatterjee S, Bhat PS, Gururaj G, Varghese M, Benegal V, et al. Collaborative care compared to enhanced standard treatment of depression with co-morbid medical conditions among patients from rural South India: a cluster randomized controlled trial (HOPE Study). BMC Psychiatry. 2022;22:400. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04000-3
7. สุภาพร จันทร์สาม. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อเขตบริการจังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565; 31(supplement 1): S74-S84.

8. กนกศรี จาดเงินและศิพัฒน์กร เชื่อภักดี. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง. 2563; 5(2): 78-85.
9. Health data center (HDC). ข้อมูลตอบสนอง Service plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/ret/public/standard-report-detail/67ce3cd10f4ed5d2b3517f1373ef273d?subcatalogId=22710ed5db1ed6b12aab540a7b0753b3.
10. American psychiatric association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (DSM-5-TR). [Internet]. 2024 [Cite 20 November 2024]. Available from: https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm.
11. Wannasewok K, Suraaroonsamrit B, Jeungsiragulwit D, Udomratn P. Development of community mental health infrastructure in Thailand: from the past to the COVID-19 pandemic. Consortium Psychiatricum. 2022;3(3):95-106. doi:10.17816/CP194.
12.World Health Organization. Deinstitutionalize mental health care, strengthen community-based services [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Jan 20]. Available from: https://www.who.int/southeastasia/news/detail/12-03-2024-deinstitutionalize-mental-health-care--strengthen-community-based-services--who
13. Reilly S, Hobson-Merrett C, Gibbons B, Jones B, Richards D, Plappert H, et al. Collaborative care approaches for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2024 May;5:CD009531. doi:10.1002/14651858.CD009531.pub3.
14. Ojo I, Ferreira N. Ensuring continuity of care: effective strategies for the post-hospitalization transition of psychiatric patients in a family medicine outpatient clinic. Cureus. 2024;16(1):e52434. doi:10.7759/cureus.52434
15. Inoue C, Shawler E, Jordan CH, Moore MJ, Jackson CA. Implementation and adaptation of a hub-based psychiatric and primary care program: a qualitative descriptive analysis of the Seamless Care Optimizing the Patient Experience (SCOPE) Mental Health program. Front Public Health. 2022 Nov;10:928148. doi:10.3389/fpubh.2022.928148
16. Mudiyanselage SC, Patton D, Ojo O. Combining non-specialists with digital technologies in delivering mental health care in low- and middle-income countries: a systematic review. BMC Public Health. 2024;24(1):77. doi:10.1186/s12889-023-17417-6
17. Smith KA, Blease C, Faurholt-Jepsen M, Firth J, Van Daele T, Moreno C, et al. Digital mental health: challenges and next steps. BMJ Ment Health. 2023 Feb;26(1):e300670. doi:10.1136/bmjment-2023-300670
18. Maoz H, Sabbag R, Krieger I, Mendlovic S, Lurie I. Long-term efficacy of a continuity-of-care treatment model for patients with severe mental illness who transition from in-patient to out-patient services. Br J Psychiatry. 2024 Apr;224(4):122-126. doi:10.1192/bjp.2024.9

การศึกษาต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

Study of the cost of care for psychiatric patients at Mueang Suang Community Hospital, Roi Et Province.

(Received: March 8,2026 ; Revised: March 12,2026 ; Accepted: March 14,2026)

อัศราวุธ ใจหาญ[1] วิภาดา ปาลศรี[2] กษวรรณ เทียมวงค์[3]
Asarawut Jaihan[1] Wipada Palsri[2] Kasawan Tiamwong[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์องค์ประกอบต้นทุนการรักษา 2) คำนวณต้นทุนเฉลี่ยต่อรายและต้นทุนต่อหน่วยบริการจำแนกตามกลุ่มโรค 3) เปรียบเทียบต้นทุนระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างปีงบประมาณ 2565-2567 4) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของต้นทุนการรักษา และ 5) เสนอแนวทางการจัดการต้นทุนบริการจิตเวช รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลเมืองสรวง โดยประยุกต์ใช้วิธีวิเคราะห์ต้นทุนแบบ Activity-Based Costing (ABC) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชผู้ป่วยนอก 1,834 ราย และผู้ป่วยใน 309 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยตามรหัส ICD-10 รหัสโรค F00–F99 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อต้นทุนด้วย Generalized Linear Model (GLM) ร่วมกับ Gamma Distribution and Log Link Function

ผลการวิจัย พบว่า 1) องค์ประกอบต้นทุนทางตรงของผู้ป่วยนอกสูงสุด ได้แก่ ค่ายาและเวชภัณฑ์ (ร้อยละ 57.64) โดยมีต้นทุนรวม 3 ปี เท่ากับ 3,634,014.00 บาท สำหรับผู้ป่วยใน ค่าบริการทางการแพทย์และการพยาบาลรวมค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าหัตถการมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 69.88) โดยมีต้นทุนรวม 3 ปี เท่ากับ 1,313,336.00 บาท 2) ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยนอกรวมทุกกลุ่มโรคอยู่ที่ 1,809.33-2,139.53 บาท/ราย 3) ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยในสูงกว่าผู้ป่วยนอก 1.61-3.13 เท่า 4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อต้นทุนผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มโรค ICD-10, อายุ และจำนวนครั้งที่มารับการรักษา (Wald Chi-Square = 1,840.151, $p < 0.001$) สำหรับผู้ป่วยในปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (LOS) (Wald Chi-Square = 703.871, $p < 0.001$), กลุ่มโรค ICD-10 และสิทธิเบิกจ่ายตรง ($p < 0.001$) และ 5) แนวทางจัดการต้นทุนที่สำคัญเร่งด่วน คือ การบริหารต้นทุนยาและการลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทและสารเสพติด

คำสำคัญ: ต้นทุนการรักษา, ผู้ป่วยจิตเวช, Activity-Based Costing (ABC), โรงพยาบาลชุมชน

ABSTRACT

This study aimed to: 1) analyze the cost components of psychiatric treatment; 2) calculate the average cost per case and cost per service unit, classified by disease group; 3) compare costs between outpatient and inpatient services across fiscal years 2022–2024; 4) examine factors affecting treatment cost differences; and 5) propose guidelines for efficient psychiatric service cost management. Survey research was employed, utilizing retrospective data collected from the electronic medical record system of Mueang Suang Hospital, with cost analysis conducted through the Activity-Based Costing (ABC) methodology. The sample comprised 1,834 psychiatric outpatients and 309 inpatients diagnosed under ICD-10 codes F00–F99. Data were analyzed using descriptive statistics, and factors influencing treatment costs were examined using a Generalized Linear Model (GLM) with Gamma Distribution and Log Link Function.

The findings revealed that: 1) The largest direct cost component for outpatients was medications and pharmaceuticals (57.64%), with a cumulative three-year total cost of 3,634,014.00 baht. For inpatients,

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเมืองสรวง
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเมืองสรวง
[3] นักสาธารณสุขปฏิบัติการ

medical and nursing services—including room charges, meals, and medical procedures—accounted for the highest proportion (69.88%), with a three-year cumulative cost of 1,313,336.00 baht. 2) The overall average cost per outpatient case across all disease groups ranged from 1,809.33 to 2,139.53 baht per case. 3) The average cost per inpatient case was 1.61 to 3.13 times higher than that of outpatients. 4) Statistically significant factors influencing outpatient costs included ICD-10 disease group, age, and number of treatment visits (Wald Chi-Square = 1,840.151, p < 0.001). For inpatients, significant factors comprised length of hospital stay (LOS) (Wald Chi-Square = 703.871, p < 0.001), ICD-10 disease group, and Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) entitlement (p < 0.001). 5) The most urgently prioritized cost management strategies were pharmaceutical cost administration and reduction of hospital length of stay, particularly for patients with schizophrenia and substance-related disorders.

Key words: Treatment cost, Psychiatric patients, Activity-Based Costing (ABC), Community hospital

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตนับเป็นวิกฤตสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าปัจจุบันมีประชากรมากกว่า 1,000 ล้านคนทั่วโลกที่อยู่กับความผิดปกติด้านสุขภาพจิต ซึ่งนำมาซึ่งภาระทางสุขภาพและการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล [1] ข้อมูลจากการศึกษา Global Burden of Disease Study 2019 พบว่าโรคจิตเวชก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ถึง 418 ล้านปี คิดเป็นร้อยละ 16 ของภาระโรคทั้งหมดทั่วโลก โดยประเมินมูลค่าทางเศรษฐกิจของภาระดังกล่าวไว้สูงถึงประมาณ 5 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ และโรคจิตเวชยังคงติดอันดับ 10 สาเหตุสำคัญที่ก่อภาระโรคสูงสุดของโลก โดยไม่มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533[2,3]

ในระดับประเทศไทย สถานการณ์โรคจิตเวชมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการเพิ่มขึ้นจาก 1.3 ล้านคน เป็น 2.9 ล้านคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566[4] ทั้งนี้ คาดประมาณว่ายังมีผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ยังไม่ได้รับการรักษาอีกจำนวนมาก โดยอาจมีผู้ป่วยจิตเวชรวมถึง 4 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 6.44 ของประชากรไทยทั้งหมด แต่มีเพียงร้อยละ 38.75 เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงการรักษาได้จริง[5] กลุ่มโรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท ซึ่งล้วนเป็นภาวะที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและใช้ทรัพยากรการแพทย์อย่างเข้มข้น[4] นอกจากนี้ ผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2567 พบว่าผู้ประเมินตนเองร้อยละ 15.5 มีความเครียดสูง ร้อยละ 17.2 เสี่ยงซึมเศร้า และร้อยละ 10.6 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งจะเห็นได้ว่าสถานการณ์ทางด้านสุขภาพจิตในประเทศไทยมีแนวโน้มที่แย่ลงจากชัดเจน[5]

ในบริบทพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือนับว่าเป็นภูมิภาคที่เผชิญกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิตอย่างซ้ำซ้อน ทั้งปัญหาความยากจน รายได้ครัวเรือนต่ำ การอพยพแรงงาน ความอ่อนแอของระบบสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเฉพาะทางที่จำกัด ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่มักได้รับการวินิจฉัยช้า อาการรุนแรง และต้องพึ่งพาโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีทรัพยากรจำกัดเป็นด่านแรกในการรักษา[6] จังหวัดร้อยเอ็ดในฐานะจังหวัดขนาดใหญ่ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชสะสมในระบบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ.2566-2568 มีผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจำนวน 66,291 ราย, 86,461 รายและ 94,229 ราย ตามลำดับ ซึ่งสร้างภาระต่อโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ทั้งด้านกำลังคน วัสดุทางการแพทย์ และงบประมาณอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลเมืองสรวง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชทั้งผู้ป่วย

นอกและผู้ป่วยในเป็นจำนวนมากในแต่ละปีงบประมาณ โดยมีผู้ป่วยนอกที่มารับบริการปี พ.ศ.2566-2568 เท่ากับ 888 ราย, 1,283 ราย และ 1,530 ราย ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่อำเภอเมืองสรวง พบว่า ผู้ป่วยมักมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลสูง ต้องใช้ยาต่อเนื่องระยะยาว มีความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำสูงเมื่อขาดยา และต้องการการดูแลแบบสหวิชาชีพ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ต้นทุนการรักษาผู้ป่วยจิตเวชมีความซับซ้อนและยากต่อการประมาณการ โดยการศึกษาในระดับประเทศพบว่าตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อความแตกต่างของต้นทุนผู้ป่วยในจิตเวช ได้แก่ ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล กลุ่มโรงพยาบาล สิทธิประกันสุขภาพ และกลุ่มอายุ[7]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ต้นทุนบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทาง หรือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สำหรับการศึกษาต้นทุนในระดับโรงพยาบาลชุมชนยังมีอยู่อย่างจำกัดมาก ทั้งที่โรงพยาบาลชุมชนทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการแรกรับผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากในระบบสุขภาพของประเทศ จากการศึกษาของ เขียวเจริญ และคณะ [7,8] ซึ่งเปรียบเทียบต้นทุนผู้ป่วยในจิตเวชระหว่างโรงพยาบาล 3 ประเภทในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2565 พบว่า โรงพยาบาลชุมชนมีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายต่ำกว่าโรงพยาบาลประเภทอื่น แต่ยังขาดข้อมูลเชิงลึกในระดับโรงพยาบาลรายแห่ง และยังไม่มีการวิเคราะห์ต้นทุนที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกพร้อมกัน ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำคัญในการนำข้อมูลไปใช้วางแผนงบประมาณ[7] นอกจากนี้วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนโดยอาศัยฐานกิจกรรม (Activity-Based Costing: ABC) ซึ่งสามารถสะท้อนต้นทุนที่แท้จริงตามกิจกรรมการรักษาได้อย่างละเอียด ยังไม่ได้รับการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอ[9] ในบริบทของระบบการเงินการคลังสุขภาพของไทย ซึ่งใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอกและระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) สำหรับผู้ป่วยใน การที่โรงพยาบาลไม่มีข้อมูลต้นทุนจริงที่แม่นยำ ย่อมนำไปสู่ความเสี่ยงในการได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ ขาดความสามารถในการเจรจาต่อรองอัตราค่าบริการ และเสียโอกาสในการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการ ปัญหาเหล่านี้ทวีความซับซ้อนยิ่งขึ้นเมื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะเฉพาะ คือ มีหัตถการน้อยประเภทแต่ใช้เวลาและบุคลากรสูง ทำให้การจัดสรรงบประมาณโดยอิงการวินิจฉัยเพียงอย่างเดียวอาจไม่สะท้อนต้นทุนที่เกิดขึ้นจริง[7,10]

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ (พ.ศ. 2565-2567) ด้วยวิธี Activity-Based Costing เพื่อวิเคราะห์โครงสร้างต้นทุน เปรียบเทียบต้นทุนระหว่างผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบายในการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุข กำหนดอัตราค่าบริการที่เหมาะสม และพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในระดับโรงพยาบาลชุมชนให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน รวมทั้งสามารถใช้เป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ในจังหวัดร้อยเอ็ดและในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบต้นทุนการรักษาผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลเมืองสรวง และคำนวณต้นทุนการรักษา
2. เพื่อคำนวณต้นทุนการรักษาเฉลี่ยต่อรายและต้นทุนต่อหน่วยบริการ จำแนกตามประเภทโรคจิตเวช

3. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนการรักษาของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลเมืองสรวง ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2567

4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของต้นทุนการรักษาผู้ป่วยจิตเวท

5. เพื่อเสนอแนะแนวทางการจัดการต้นทุนบริการจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ที่เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Data Collection) จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลเมืองสรวง ครอบคลุมระยะเวลา 3 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567) โดยประยุกต์ใช้วิธีวิเคราะห์ต้นทุนแบบ Activity-Based Costing (ABC) เป็นกรอบหลักในการวิเคราะห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมืองสรวง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมืองสรวง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 ที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส ICD-10 รหัส F00-F99 (Mental and Behavioral Disorders)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนในระบบฐานข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมืองสรวง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วย (เพศ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา วันที่เข้ารับการรักษา วันที่นอนโรงพยาบาล วันที่ออกจากโรงพยาบาล ระยะเวลานอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่มานอนโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรคหลัก (รหัส ICD-10) การวินิจฉัยโรคร่วม (ระบุทุก ICD-10) ผลลัพธ์การรักษา (รักษาต่อเนื่อง, refer, เสียชีวิต) จำนวนครั้งที่มารับบริการ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าบริการทางรังสีวิทยา ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าทำหัตถการ ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือแพทย์ ค่าบริการทางทางทันตกรรม ค่าบริการทางการพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าห้องและค่าอาหาร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทำการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลจากแบบบันทึกการเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้นด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน และพยาบาล 1 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

2. การขอใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2565-2567 จากโรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

3. ทำการวิเคราะห์ต้นทุนด้วยวิธี ABC ตามกรอบแนวคิดการวิจัย จัดเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกการเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำเสนอข้อมูลและเผยแพร่ข้อมูล

การสังเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปและต้นทุนการรักษา ทำการเปรียบเทียบต้นทุนของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในแต่ละปีด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของ

ต้นทุนการรักษา ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE1672567 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 5 ข้อ ได้แก่ 1) วิเคราะห์องค์ประกอบต้นทุนการรักษา 2) คำนวณต้นทุนเฉลี่ยต่อรายและต้นทุนต่อหน่วยบริการจำแนกตามกลุ่มโรค 3) เปรียบเทียบต้นทุนระหว่างปีของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 3) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อต้นทุน และ 5) เสนอแนวทางการจัดการต้นทุน โดยผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

1.ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมืองสรวง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2667 พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น เท่ากับ 552 ราย, 548 ราย และ 734 ราย ตามลำดับ ส่วนจำนวนผู้ป่วยในมีแนวโน้มลดลง เท่ากับ 80 ราย, 133 ราย และ 96 ราย อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มที่ลดลง (52.11±18.20 ปี, 50.41± 18.45 ปี และ 48.78±18.72 ตามลำดับ) ส่วนอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยในมีแนวโน้มคงที่ (47.65±14.93 ปี, 45.40±15.55 ปี และ 45.36±19.85 ปี ตามลำดับ) ผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่ มีสถานภาพแต่งงาน (ร้อยละ 52.72, ร้อยละ 51.82 และ ร้อยละ 49.32 ตามลำดับ) และผู้ป่วยในส่วนใหญ่ มีสถานภาพแต่งงานเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 55.00, ร้อยละ 61.65 และ ร้อยละ 51.04 ตามลำดับ) ในด้านการศึกษาผู้ป่วยนอกมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 98.91, ร้อยละ 98.72 และ ร้อยละ 97.41 ตามลำดับ) และผู้ป่วยในส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษา คือ ชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 100, ร้อยละ 100 และร้อยละ 98.96 ตามลำดับ) ผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา/เกษตร (ร้อยละ 60.33, ร้อยละ 56.75 และร้อยละ 52.04 ตามลำดับ) และผู้ป่วยในส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา/เกษตรเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 63.75, ร้อยละ 48.12 และ ร้อยละ 43.75 ตามลำดับ) ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษา คือ 30 บาท (ผู้ป่วยนอก เท่ากับ ร้อยละ 81.88, ร้อยละ 84.49 และ ร้อยละ 86.92 ตามลำดับ) (ผู้ป่วยใน เท่ากับ ร้อยละ 85, ร้อยละ 92.48 และ ร้อยละ 85.42 ตามลำดับ) ด้านจำนวนครั้งที่มารับการรักษาในผู้ป่วยนอก เท่ากับ 3.81±4.12 ครั้ง, 3.26±3.92 ครั้ง 3.80±4.18 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนจำนวนครั้งที่มารับการรักษาในผู้ป่วยใน เท่ากับ 1.43±0.92 ครั้ง, 1.81±2.00 ครั้ง และ 1.44±0.71 ครั้ง ตามลำดับ ด้านจำนวนครั้งที่นอน รพ.ในผู้ป่วยใน เท่ากับ 3.20±2.37 ครั้ง, 3.27±2.37 ครั้ง และ 3.03±1.20 ครั้ง ตามลำดับ ด้านผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเมืองสรวง (ผู้ป่วยนอก เท่ากับ ร้อยละ 94.93, ร้อยละ 95.07 และ ร้อยละ 96.46 ตามลำดับ) (ผู้ป่วยใน เท่ากับ ร้อยละ 93.75, ร้อยละ 93.23 และ ร้อยละ 88.54 ตามลำดับ)

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบต้นทุนการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ด้วยวิธี Activity-Based Costing (ABC) โดยผู้วิจัยทำการกำหนดให้ทรัพยากรทั้งหมดถูกจัดสรรสู่กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยก่อน แล้วจึงนำต้นทุนกิจกรรมมาปันส่วนสู่กลุ่มผู้ป่วยแต่ละประเภท โดยผู้วิจัยจำแนกต้นทุนออกเป็นต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมดังกรอบการศึกษาวิจัย แต่การวิจัยในครั้งนี้เน้นการคำนวณต้นทุนทางตรงเป็นหลัก โดยจำแนกการวิเคราะห์องค์ประกอบต้นทุนการรักษาออกเป็นการรักษาผู้ป่วยนอกและการรักษาผู้ป่วยใน ซึ่งองค์ประกอบต้นทุนการรักษาผู้ป่วยนอก ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565-2567 พบว่า ค่ายาและเวชภัณฑ์เป็นองค์ประกอบที่มีสัดส่วนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 57.64 ของต้นทุนทางตรงทั้งหมด รองลงมาคือค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(ร้อยละ 20.82) และค่าบริการทางรังสีวิทยา (ร้อยละ 12.31) ตามลำดับ ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 2 สำหรับองค์ประกอบต้นทุนการรักษาผู้ป่วยใน พบว่า ค่าบริการทางการแพทย์และการพยาบาล (รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าดูแล ค่าหัตถการ) มีสัดส่วนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 69.88 รองลงมาคือค่าบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ร้อยละ 15.01) และค่ายาและเวชภัณฑ์ (ร้อยละ 14.86) ตามลำดับ

3. ผลการศึกษาต้นทุนการรักษาเฉลี่ยต่อรายและต้นทุนต่อหน่วยบริการ จำแนกตามกลุ่มโรค พบว่า ต้นทุนการรักษาเฉลี่ยต่อรายของผู้ป่วยนอกจิตเวช จำแนกตามกลุ่มโรค ICD-10 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 พบว่ากลุ่มโรคจิตเภทและโรคจิต (F20–F29) มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายสูงที่สุดตลอดทั้ง 3 ปี อยู่ในช่วง 2,648.36–3,595.44 บาทต่อราย เนื่องจากกลุ่มนี้ต้องใช้ยาต้านโรคจิตที่มีราคาสูงและต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องระยะยาว รองลงมาคือกลุ่มโรคจากสารเสพติด (F10–F19) ซึ่งมีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายอยู่ในช่วง 1,447.23–2,702.81 บาท สำหรับกลุ่มโรคอารมณ์และซึมเศร้า (F30–F39) มีต้นทุนอยู่ที่ 964.28–1,778.69 บาทต่อราย กลุ่มโรควิตกกังวล (F40–F48) อยู่ที่ 780.96–1,226.116 บาทต่อราย และกลุ่มภาวะนอนไม่หลับ (F51) มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายต่ำที่สุด อยู่ในช่วง 320.94–401.16 บาทต่อราย สอดคล้องกับความซับซ้อนของโรคและการใช้ทรัพยากรที่น้อยกว่า กลุ่มโรคจิตเวชอื่น ๆ มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายอยู่ในช่วง 1,625.03–2,133.75 บาทต่อราย เมื่อพิจารณาต้นทุนเฉลี่ยรวมทุกกลุ่มโรค พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1,942.18 บาทต่อรายในปี 2565 เป็น 2,139.53 บาทต่อรายในปี 2567 แสดงข้อมูลในตารางที่ 4 ต้นทุนการรักษาเฉลี่ยต่อรายและต้นทุนต่อวันนอนของผู้ป่วยในจิตเวช จำแนกตามกลุ่มโรค ICD-10 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 พบว่ากลุ่มโรคจิตเวชอื่น ๆ มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายสูงที่สุด อยู่ที่ 9,600.46 บาท, 5,336.84 บาท และ 5,450.98 บาทต่อราย ตามลำดับ โดยมีต้นทุนต่อวันนอนอยู่ที่ 1,773.72 บาท, 1,395.47 บาท และ 1,955.49 บาทต่อวัน รองลงมาคือกลุ่มโรคจากสารเสพติด (F10–F19) ซึ่งมีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายอยู่ที่ 4,377.04 บาท, 2,977.66 บาท และ 3,163.16 บาทต่อราย และต้นทุนต่อวันนอนอยู่ที่ 1,279.94 บาท, 973.55 บาท และ 1,049.23 บาทต่อวัน กลุ่มโรคจิตเภทและโรคจิต (F20–F29) มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายอยู่ที่ 3,000.97 บาท, 3,226.42 บาท และ 3,091.51 บาทต่อราย และต้นทุนต่อวันนอนอยู่ที่ 1,135.15 บาท, 933.96 บาท และ 864.60 บาทต่อวัน สำหรับกลุ่มโรควิตกกังวล (F40–F48) มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายอยู่ที่ 2,224.25 บาท, 2,099.29 บาท และ 2,122.83 บาทต่อราย และต้นทุนต่อวันนอนอยู่ที่ 989.17 บาท, 919.54 บาท และ 1,061.42 บาทต่อวัน กลุ่มโรคอารมณ์และซึมเศร้า (F30–F39) ไม่มีข้อมูลในปี 2565 เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยน้อยเกินไปที่จะคำนวณ แต่ในปี 2566–2567 มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายอยู่ที่ 2,780.50 บาท และ 1,867.50 บาท และต้นทุนต่อวันนอนอยู่ที่ 1,033.17 บาท และ 1,345.25 บาทต่อวัน ตามลำดับ เมื่อพิจารณาต้นทุนเฉลี่ยรวมทุกกลุ่มโรค พบว่ามีแนวโน้มลดลงจาก 6,080.00 บาทต่อรายในปี 2565 เป็น 3,734.00 บาทในปี 2566 และ 3,441.00 บาทต่อรายในปี 2567 สะท้อนถึงประสิทธิภาพที่ดีขึ้นในการบริหารจัดการผู้ป่วยในและการลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล โดยต้นทุนต่อวันนอนโดยรวมอยู่ที่ 1,900.00 บาท, 1,142.00 บาท และ 1,135.00 บาทต่อวัน ตามลับ

4. เปรียบเทียบต้นทุนระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจิตเวช จำแนกรายปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 พบว่าต้นทุนรวมผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 1,072,085.00 บาทในปี 2565 เป็น 991,514.55 บาทในปี 2566 และ 1,570,414.20 บาทในปี 2567 สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้นจาก 552 ราย, 548 ราย และ 734 ราย ตามลำดับ ในขณะที่ต้นทุนรวมผู้ป่วยในมีแนวโน้มลดลง จาก 486,403.75 บาทในปี 2565 เป็น

496,609.50 บาทในปี 2566 และ 330,322.07 บาทในปี 2567 สำหรับต้นทุนเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยนอกอยู่ที่ 1,942.18 บาท, 1,809.33 บาท และ 2,139.53 บาทต่อราย ตามลำดับ ในขณะที่ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยในสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ อยู่ที่ 6,080.05 บาท, 3,733.91 บาท และ 3,440.85 บาทต่อราย หรือสูงกว่าผู้ป่วยนอก 3.13 เท่า, 2.06 เท่า และ 1.61 เท่า ตามลำดับ ค่ามัธยฐานต้นทุนต่อรายผู้ป่วยนอกอยู่ที่ 978.00 บาท, 850.00 บาท และ 1,250.75 บาท ในขณะที่ค่ามัธยฐานผู้ป่วยในอยู่ที่ 2,935.50 บาท, 2,637.00 บาท และ 2,664.50 บาท ตามลำดับ นอกจากนี้ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของต้นทุนในกลุ่มผู้ป่วยนอกค่อนข้างคงที่ อยู่ที่ 2,494.38 บาท, 2,452.75 บาท และ 2,433.13 บาท แต่ในกลุ่มผู้ป่วยในมีความผันแปรสูงมากในปี 2565 (SD = 14,070.67 บาท) และลดลงอย่างชัดเจนในปี 2567 (SD = 2,330.82 บาท) สะท้อนถึงความแตกต่างของความซับซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยในช่วงแรกของการศึกษา ต้นทุนรวม OPD+IPD อยู่ที่ 1,558,488.75 บาท, 1,488,124.05 บาท และ 1,900,736.27 บาท ตามลำดับ

สัดส่วนต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเปรียบเทียบกับต้นทุนบริการจิตเวชรวมในแต่ละปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 พบว่าต้นทุนรวมผู้ป่วยนอกมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 1,072,085.00 บาท (ร้อยละ 68.79) ในปี 2565 เป็น 991,514.55 บาท (ร้อยละ 66.63) ในปี 2566 และเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเป็น 1,570,414.20 บาท (ร้อยละ 82.62) ในปี 2567 ในทางตรงกันข้าม สัดส่วนต้นทุนผู้ป่วยในลดลงจาก 486,403.75 บาท (ร้อยละ 31.21) ในปี 2565 เป็น 496,609.50 บาท (ร้อยละ 33.37) ในปี 2566 และลดลงอย่างชัดเจนเป็น 330,322.07 บาท (ร้อยละ 17.38) ในปี 2567 แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการปรับทิศทางของระบบบริการจิตเวชโรงพยาบาลเมืองสรวงไปสู่การดูแลแบบผู้ป่วยนอกมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายลดการนอนโรงพยาบาลและเสริมความเข้มแข็งในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เมื่อพิจารณาต้นทุนรวมทั้งระบบ (OPD+IPD) พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1,558,488.75 บาทในปี 2565 เป็น 1,488,124.05 บาทในปี 2566 และ 1,900,736.27 บาทในปี 2567 อย่างไรก็ตาม ต้นทุนรวมต่อผู้ป่วยทุกรายมีแนวโน้มลดลงจาก 2,465.96 บาทในปี 2565 เป็น 2,185.20 บาทในปี 2566 และ 2,290.04 บาทในปี 2567 ซึ่งอาจเป็นผลจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในอัตราสูงกว่าต้นทุนรวมที่เพิ่มขึ้น

5. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของต้นทุนการรักษา โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วนตามประเภทของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยในกลุ่มผู้ป่วยนอก และปัจจัยในกลุ่มผู้ป่วยใน พบว่า ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของต้นทุนการรักษาผู้ป่วยนอกจิตเวช (n = 1,779 ราย) โดยใช้ Generalized Linear Model (GLM) ร่วมกับ Gamma Distribution and Log Link Function พบว่ามีปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติหลายประการ ดังนี้ ด้านกลุ่มโรค ICD-10 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มโรคจิตเวชอื่น ๆ (กลุ่มอ้างอิง) พบว่ากลุ่มโรคจิตเภทและโรคจิต (F20–F29) มีต้นทุนสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (β = 0.31, S.E. = 0.06, Wald Chi-Square = 26.99, $p < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มโรคจากสารเสพติด (F10–F19) (β = -0.33, $p < 0.001$) กลุ่มโรคอารมณ์และซึมเศร้า (F30–F39) (β = -0.32, $p = 0.010$) กลุ่มโรควิตกกังวล (F40–F48) (β = -0.45, $p < 0.001$) และกลุ่มภาวะนอนไม่หลับ (F51) (β = -1.12, $p < 0.001$) มีต้นทุนต่ำกว่ากลุ่มอ้างอิงทั้งหมด โดยกลุ่มภาวะนอนไม่หลับมีค่า Wald Chi-Square สูงที่สุดในกลุ่มโรค (158.45) แสดงถึงความแตกต่างที่ชัดเจนที่สุด ด้านปีงบประมาณ พบว่าปีงบประมาณ 2567 มีต้นทุนสูงกว่าปี 2565 อย่างมีนัยสำคัญ (β = 0.17, S.E. = 0.05, Wald Chi-Square = 10.60, $p = 0.001$) ในขณะที่ปีงบประมาณ 2566 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (β = 0.09, $p = 0.114$) ด้านอายุ พบว่า

อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับต้นทุน (β = 0.01, S.E. = 0.001, Wald Chi-Square = 55.31, p < 0.001) และจำนวนครั้งที่มารับการรักษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงที่สุดในโมเดล (β = 0.23, S.E. = 0.005, Wald Chi-Square = 1,840.15, p < 0.001) สะท้อนว่าความถี่ในการมารับบริการส่งผลโดยตรงต่อต้นทุนสะสม ในขณะที่ตัวแปรเพศ (β = -0.07, p = 0.186) สิทธิประกันสังคม (β = -0.19, p = 0.056) และสิทธิเบิกจ่ายตรง (β = -0.02, p = 0.795) ไม่พบว่ามีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โมเดลมีค่า Pseudo R^2 (Cox & Snell) = 0.61 แสดงว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนของต้นทุนผู้ป่วยนอกได้ในระดับดี

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของต้นทุนการรักษาผู้ป่วยในจิตเวช (n = 309 ราย) โดยใช้ Generalized Linear Model (GLM) ร่วมกับ Gamma Distribution and Log Link Function พบว่าปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติมีดัง ด้านกลุ่มโรค ICD-10 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มโรคจิตเวชอื่น ๆ (กลุ่มอ้างอิง) พบว่ากลุ่มโรคจิตเภทและโรคจิต (F20–F29) (β = -0.29, S.E. = 0.06, Wald Chi-Square = 24.15, p < 0.001) และกลุ่มโรคจากสารเสพติด (F10–F19) (β = -0.23, S.E. = 0.05, Wald Chi-Square = 18.52, p < 0.001) มีต้นทุนต่ำกว่ากลุ่มอ้างอิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับกลุ่มโรควิตกกังวล (F40–F48) (β = -0.29, S.E. = 0.10, Wald Chi-Square = 8.00, p = 0.005) ในขณะที่กลุ่มโรคอารมณ์และซึมเศร้า (F30–F39) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (β = -0.15, p = 0.434) ด้านปีงบประมาณ พบว่าปีงบประมาณ 2567 มีต้นทุนต่ำกว่าปี 2565 อย่างมีนัยสำคัญ (β = -0.12, S.E. = 0.06, Wald Chi-Square = 4.55, p = 0.033) ในขณะที่ปีงบประมาณ 2566 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (β = -0.10, p = 0.054) ด้านสิทธิการรักษา พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง (CSMBS) มีต้นทุนสูงกว่าสิทธิ 30 บาท/UC อย่างมีนัยสำคัญมาก (β = 0.34, S.E. = 0.09, Wald Chi-Square = 14.19, p < 0.001) ในขณะที่เพศ (β = -0.03, p = 0.635) อายุ (β = 0.00, p = 0.769) สิทธิประกันสังคม (β = 0.08, p = 0.410) และจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล (β = -0.03, p = 0.057) ไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในผู้ป่วยใน คือ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (LOS) ซึ่งมีค่า Wald Chi-Square สูงที่สุดในโมเดล (β = 0.28, S.E. = 0.01, Wald Chi-Square = 703.87, p < 0.001) แสดงว่าระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อต้นทุนอย่างมีนัยสำคัญสูงมาก โมเดลมีค่า Pseudo R^2 (Cox & Snell) = 0.99 บ่งชี้ว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนของต้นทุนผู้ป่วยในได้ในระดับสูงมาก

6. แนวทางการจัดการต้นทุนบริการจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ จากผลการวิเคราะห์ต้นทุนแบบ ABC ทั้งในมิติองค์ประกอบต้นทุน กลุ่มโรค ประเภทบริการ และปัจจัยที่ส่งผล ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางการจัดการต้นทุน 5 ด้าน โดยจัดลำดับตามขนาดผลกระทบต่อต้นทุนรวม ข้อเสนอแนะลำดับที่ 1 และ 2 มีความสำคัญเร่งด่วนสูงสุด เนื่องจากสามารถลดต้นทุนได้ทันทีโดยไม่ต้องลงทุนโครงสร้างพื้นฐานเพิ่มเติม ขณะที่ข้อเสนอแนะที่ 3 เป็นการตอบสนองต่อแนวโน้มปัญหาสังคมที่กำลังทวีความรุนแรง ข้อเสนอแนะที่ 5 เป็นรากฐานที่จะทำให้การบริหารต้นทุนแบบ ABC มีความยั่งยืนในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

1. องค์ประกอบต้นทุนการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัยพบว่าองค์ประกอบต้นทุนทางตรงของผู้ป่วยนอกสูงสุด ได้แก่ ค่ายาและเวชภัณฑ์ (ร้อยละ 57.64) รองลงมาคือค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ร้อยละ 20.82) และค่าบริการทางรังสีวิทยา (ร้อยละ 12.31) ตามลำดับ ทั้งนี้สอดคล้องกับลักษณะของบริการจิตเวชระดับผู้ป่วยนอกที่พึ่งพาการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย เขียวเจริญและคณะ[7]ที่รายงานว่าค่ายาเป็นต้นทุนหลักในโรงพยาบาลชุมชน และยังสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติของ WHO ที่ระบุว่าการรักษาด้วยยาจิตเวชเป็นกระบวนการที่มีต้นทุนสูงในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ[1] สำหรับผู้ป่วยใน ค่าบริการทางการแพทย์และการพยาบาลรวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าหัตถการ มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 69.88) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเข้มข้นของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องอาศัยบุคลากรและสิ่งอำนวยความสะดวกในระดับสูง โดยเฉพาะกลุ่มโรคจิตเภทและโรคจากสารเสพติดที่มักมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาต้นทุนบริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลจิตเวชของอรทัย เขียวเจริญและคณะ[8] ที่พบว่าต้นทุนบุคลากรเป็นองค์ประกอบที่ใหญ่ที่สุดในการดูแลผู้ป่วยในจิตเวช

2. ต้นทุนการรักษาเฉลี่ยต่อรายและต้นทุนต่อหน่วยบริการ จำแนกตามกลุ่มโรค ผลการวิจัยพบว่าต้นทุนเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยนอกในภาพรวมอยู่ที่ 1,809.33–2,139.53 บาทต่อราย โดยกลุ่มโรคจิตเภทและโรคจิต (F20–F29) มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายสูงที่สุด (2,648.36–3,595.44 บาท) เนื่องจากต้องใช้ยาต้านโรคจิตซึ่งมีราคาสูงและต้องรับการรักษาต่อเนื่องในระยะยาว ในทางตรงข้าม ผู้ป่วยภาวะนอนไม่หลับ (F51) มีต้นทุนเฉลี่ยต่อรายต่ำที่สุด (320.94–401.16 บาท) ซึ่งสอดคล้องกับความซับซ้อนของโรคและการใช้ทรัพยากรที่น้อยกว่า ข้อมูลดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดในการจัดสรรงบประมาณตามกลุ่มโรคจิตเวช ซึ่งปัจจุบันระบบ DRG ของไทยยังมีข้อจำกัดในการสะท้อนต้นทุนจริงในโรงพยาบาลชุมชน[10] สำหรับผู้ป่วยใน ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายในปีงบประมาณ 2565 สูงที่สุดที่ 6,080.05 บาท และมีแนวโน้มลดลงในปี 2566 และ 2567 (3,733.91 และ 3,440.85 บาท ตามลำดับ) ซึ่งอาจสะท้อนถึงประสิทธิภาพที่ดีขึ้นในการบริหารจัดการผู้ป่วยในและการลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล (LOS) ในช่วงหลังของการศึกษา ต้นทุนต่อวันนอน (Cost per bed-day) ของผู้ป่วยในโดยรวมอยู่ที่ 1,135.00–1,900.00 บาทต่อวัน ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศในโรงพยาบาลชุมชนที่รายงานไว้ประมาณ 2,000–3,000 บาทต่อวัน[7] สะท้อนถึงต้นทุนการดูแลที่ค่อนข้างประหยัดของโรงพยาบาลเมืองสรวงซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง

3. การเปรียบเทียบต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในผลการศึกษาพบว่าต้นทุนเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยในสูงกว่าผู้ป่วยนอก 1.61–3.13 เท่า โดยในปีงบประมาณ 2565 มีความแตกต่างมากที่สุด (3.13 เท่า) และลดลงในปี 2567 (1.61 เท่า) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการปรับเพิ่มขึ้นของต้นทุนเฉลี่ยผู้ป่วยนอกในปี 2567 (2,139.53 บาท) ควบคู่กับการลดลงของต้นทุนเฉลี่ยผู้ป่วยใน ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการขยายบริการผู้ป่วยนอกและการดูแลในชุมชนแทนการนอนโรงพยาบาล ดังที่ WHO แนะนำว่าระบบบริการจิตเวชที่มีประสิทธิภาพควรลดสัดส่วนต้นทุนผู้ป่วยในและเพิ่มบริการในชุมชน[1] สัดส่วนต้นทุนผู้ป่วยนอกต่อต้นทุนรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.79 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 82.62 ในปี 2567 สะท้อนถึงแนวโน้มที่ดีของระบบบริการจิตเวชที่พัฒนาไปสู่การดูแลแบบผู้ป่วยนอกมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ต้นทุนรวมของระบบบริการยังคงเพิ่มขึ้นโดยรวม (จาก 1,558,488.75 บาท เป็น 1,900,736.27 บาท) ซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยนอกที่เพิ่มจาก 552 รายในปี 2565 เป็น 734 รายในปี 2567 คิดเป็นร้อยละ 32.97 ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มระดับจังหวัดและระดับประเทศที่รายงานจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[4]

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของต้นทุนการรักษาสำหรับผู้ป่วยนอก ปัจจัยที่ส่งผลต่อต้นทุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มโรค ICD-10 อายุ และจำนวนครั้งที่มารับการรักษา โดยจำนวนครั้งที่มารับการรักษาเป็นปัจจัยที่มีค่า Wald Chi-Square สูงสุด (1,840.151) สะท้อนให้เห็นว่าความถี่ในการมารับบริการส่งผลโดยตรงต่อ

ต้นทุนรวมสะสมของผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ อายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับต้นทุน (β = 0.010, $p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระดับประเทศที่พบว่ากลุ่มอายุเป็นตัวแปรสำคัญในการอธิบายความแตกต่างของต้นทุนจิตเวช[10] สำหรับผู้ป่วยใน ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (LOS) เป็นปัจจัยที่ทรงพลังที่สุดในการอธิบายความแตกต่างของต้นทุน (β = 0.276, Wald Chi-Square = 703.871, $p < 0.001$) โดย Pseudo R^2 = 0.9856 หมายความว่าโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของต้นทุนผู้ป่วยในได้ถึงร้อยละ 98.56 นอกจากนี้สิทธิเบิกจ่ายตรง (CSMBS) มีต้นทุนสูงกว่าสิทธิ UC/30 บาทอย่างมีนัยสำคัญ (β = 0.340, $p < 0.001$) อาจเนื่องมาจากการใช้บริการที่มากกว่าหรือการสั่งจ่ายยาที่แตกต่างกันตามสิทธิ ซึ่งประเด็นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขาและคณะ[9] ที่พบความแตกต่างของต้นทุนตามสิทธิการรักษาในงานบริการสุขภาพจิต

5. แนวทางการจัดการต้นทุนบริการจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ จากผลการวิจัย ผู้วิจัยเสนอแนวทางการจัดการต้นทุนที่มีลำดับความสำคัญสูงสุดใน 2 ประเด็น ได้แก่ การบริหารต้นทุนยา ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของต้นทุนผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 57.64)[7] โดยควรดำเนินการทบทวนรายการยาจิตเวชประจำปีและพัฒนาระบบ Medication adherence เพื่อลดการขาดยาที่นำไปสู่การกลับเป็นซ้ำและการนอนโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่าการส่งเสริม Medication adherence ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทสามารถลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำและลดต้นทุนโดยรวมได้[1,4] และการลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล โดยกำหนด LOS มาตรฐาน พัฒนา Discharge criteria และจัดทีม Case manager ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย ซึ่งผลการวิจัยยืนยันว่า LOS เป็นปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อต้นทุนผู้ป่วยในประเด็นที่น่าสนใจเพิ่มเติมคือจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคจากสารเสพติด (F10–F19) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีของการศึกษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยนอก (123 รายในปี 2565 เพิ่มเป็น 215 รายในปี 2567 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 74.80) ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มปัญหาสารเสพติดในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่รายงานโดยวรวรรณ จุฑาและคณะ[6] การพัฒนาคลินิกบำบัดสารเสพติดเชิงรุกและการเชื่อมต่อกับชุมชนจึงเป็นสิ่งจำเป็น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจะช่วยลดต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชได้[11] การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องเชื่อมต่อกับสถานบริการระดับปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายในชุมชน จะสามารถลดต้นทุนและเพิ่มประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงได้[12] เนื่องจากเป็นควบคุมการเพิ่มขึ้นของต้นทุนรวมในระยะยาว นอกจากนี้ การพัฒนาระบบข้อมูลต้นทุนแบบ ABC ให้สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องผ่านระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS)เป็นรากฐานที่สำคัญในการบริหารต้นทุนอย่างยั่งยืน เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในส่วนของต้นทุนทางอ้อม ซึ่งหากสามารถรวมต้นทุนทางอ้อมได้ครบถ้วนจะทำให้ภาพต้นทุนที่แท้จริงมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของอรทัย เขียวเจริญและคณะ[7] ที่เรียกร้องให้มีการศึกษาต้นทุนในระดับโรงพยาบาลชุมชนรายแห่งอย่างละเอียด เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายและการจัดสรรงบประมาณที่มีหลักฐานสนับสนุนที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โรงพยาบาลควรมีการพัฒนาระบบ Drug therapy management โดยการทบทวนการใช้ยาจิตเวชประจำปีและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาในด้านการติดตามความร่วมมือในการรักษาและการใช้ยา (Medication adherence) เพื่อเป็นการลดต้นทุนในด้านการใช้ยาต่อไป

2. ควรมีการพัฒนาแนวทางลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล (LOS) สำหรับกลุ่มโรคจิตเวชและยาเสพติด โดยการกำหนด Discharge criteria

ที่ชัดเจนและจัดทีม Case manager เพื่อติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย

3. ควรมีการพัฒนาระบบการศึกษาต้นทุน ABC แบบต่อเนื่อง ด้วยการบูรณาการเข้ากับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS) เพื่อให้ผู้บริหารสามารถติดตาม Cost per activity แบบ Real-time และใช้ข้อมูลในการวางแผนงบประมาณได้อย่างแม่นยำ

4. ควรมีการขยายผลการศึกษาไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่นในจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อสร้างฐานข้อมูลต้นทุนในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ และนำไปใช้ในการเจรจาต่อรองอัตราค่าบริการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด, กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศและกลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลเมืองสรวง ที่สนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้มีประสิทธิภาพและสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Over a billion people living with mental health conditions – services require urgent scale-up [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2025 Feb 26]. Available from: https://www.who.int/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up.
2. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Psychiatry. 2022;9(2):137-50.
3. Arias D, Saxena S, Verguet S. Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. eClinicalMedicine. 2022;54:101675.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สถิติในการให้บริการโรคจิตเวชที่สำคัญ ปีงบประมาณ 2558-2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567 [สืบค้นเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2568]. แหล่งข้อมูล: https://gdcatalog.go.th/dataset/gdpublish-service2558-2562.
5. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาสหนึ่ง ปี 2567: สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สภาพัฒน์; 2567 [สืบค้นเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2568]. แหล่งข้อมูล: https://www.nationalhealth.or.th/storage/ebooks_attach/Mental_Health_Category.pdf.
6. วรวรรณ จุฑา, ศศิธร บัวเผื่อน, ธนพร จิตรจำนงค์. อัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากรและร้อยละความชุกของโรคจิตเภทในคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ปีพ.ศ. 2566-2567: จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC). นนทบุรี: สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2567.
7. อรทัย เขียวเจริญ, อสมา วงษ์ดี, ชัชชน ประเสริฐวรกุล, ธันวา ขัติยศ, ทยาภา ศรีศิริอนันต์, พงษ์ลัดดา หล่ำพู่และคณะ. ต้นทุนบริการผู้ป่วยในจิตเวชในโรงพยาบาลของรัฐ: การเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลจิตเวช ข้อมูลจากโครงการวิเคราะห์ต้นทุนรายโรค. HISPA Compendium. 2568;2:4.
8. อรทัย เขียวเจริญ, ชัชชน ประเสริฐวรกุล, ธันวา ขัติยศ, อสมา วงษ์ดี, ทยาภา ศรีศิริอนันต์, พงษ์ลัดดา หล่ำพู่และคณะ. ต้นทุนบริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลจิตเวช: ข้อมูลจากโครงการวิเคราะห์ต้นทุนรายโรค. HISPA Compendium. 2566;1(1):150-8.
9. ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, กรทิพย์ วิทยากาญจน์, จุฑารัตน์ ขาวละออ. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย งานส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรมสุขภาพจิต; 2560.
10. ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, อรทัย เขียวเจริญ, ธีรศักดิ์ วงศ์ใหญ่, ดนุภพ ศรศิลป์และอุดมศักดิ์ แสงวณิช. ต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2553-2554. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2556;22(6):1,061-68.

11. อาริยา ตั้งมโนกุลและสุรศักดิ์ ไชยสงค์. ต้นทุน-ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเปรียบเทียบกับการดูแลในระบบบริการปกติของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2565;14(3):522-40.
12. มงคล ศิริเทพทวี, พิชญา วัฒนการุณ, จำเนียร สุรวรางกูร, ขนิษฐา ชุ่มสุข, จุฑามณี ดุษฎีประเสริฐ และปรียาสิริ วิฑูรชาติ. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการระดับปฐมภูมิกับระบบบริการปกติ. Ramathibodi Medical Journal. 2561;41(2):25-35.

การบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2569

Management of the Elderly Care System in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, Fiscal Year 2026

(Received: March 8,2026 ; Revised: March 12,2026 ; Accepted: March 14,2026)

สุภัสสรณ์ คงพร[1]
Supassorn Kongphon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้ของบุคคล คุณลักษณะงาน และการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 2) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และ 3) ศึกษาแนวทางการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน เชิงปริมาณเก็บข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 240 คน โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เชิงคุณภาพเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 10 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้ของบุคคลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.00, S.D. = 0.43) คุณลักษณะงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.97, S.D. = 0.39) และการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.91, S.D. = 0.42) 2) การรับรู้ของบุคคลและคุณลักษณะงานทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการบริหารจัดการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 6 ตัว เรียงตามลำดับอิทธิพล ได้แก่ ผลป้อนกลับจากงาน (Beta = .254) การรับรู้ความสามารถในการทำงานของตนเอง (Beta = .190) การรับรู้ต่อระบบการบริหารจัดการ (Beta = .153) ความสำคัญของงาน (Beta = .150) ความมีอิสระในการทำงาน (Beta = .142) และเอกลักษณ์ของงาน (Beta = .131) โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 64.9 (R^2 = .649) 3) ผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า ปัญหาสำคัญ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรและภาระงาน อุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการ และความซ้ำซ้อนของระบบข้อมูลสารสนเทศ

คำสำคัญ: การบริหารจัดการ, การดูแลผู้สูงอายุ, การรับรู้, คุณลักษณะงาน, จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Abstract

This research aimed to 1) examine individual perception, job characteristics, and the management of the elderly care system in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province; 2) investigate the factors influencing the management of the elderly care system; and 3) propose guidelines for improving the management of the elderly care system. This survey research using mixed-methods data analysis.. Quantitative data were collected from 240 public health personnel responsible for elderly care using questionnaires and analyzed using percentage, mean, standard deviation, Pearson product-moment correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis. Qualitative data were collected from 10 key informants through in-depth interviews and analyzed using content analysis.

The findings revealed that: 1) Individual perception was at a high level overall (Mean = 4.00, S.D. = 0.43), job characteristics were at a high level overall (Mean = 3.97, S.D. = 0.39), and the management of the elderly care system was at a high level overall (Mean = 3.91, S.D. = 0.42). 2) All dimensions of individual perception and job characteristics had statistically significant positive correlations with the management of

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

the elderly care system at the .01 level. The stepwise multiple regression analysis revealed that six variables significantly predicted the management of the elderly care system, ranked by influence as follows: job feedback (Beta = .254), self-efficacy perception (Beta = .190), perception of the management system (Beta = .153), task significance (Beta = .150), autonomy (Beta = .142), and task identity (Beta = .131). These six variables collectively explained 64.9% of the variance in elderly care management (R^2 = .649). 3) The qualitative findings identified key problems, including insufficient staffing and excessive workload, barriers to service accessibility, and redundancy in information systems.

Keywords: management, elderly care, perception, job characteristics, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีแนวโน้มจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ ภายใต้นโยบาย “สูงวัยอย่างมีคุณภาพ” ที่เน้นการบูรณาการภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืน[1,2]

ในระดับพื้นที่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยาเผชิญกับแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงดำเนินการพัฒนาแผนงานด้านผู้สูงอายุในหลายมิติ เช่น การดูแลระยะยาวโดยชุมชน (Long Term Care) การจัดตั้งศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ และการฝึกอบรมผู้ดูแล (Care Giver) ให้มีทักษะและความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่[3]

การบริหารจัดการระบบการควบคุมดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจในด้านการรับรู้ของบุคคล ซึ่งสะท้อนถึงมุมมอง ทัศนคติ และความเข้าใจของผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร และครอบครัว หากบุคคลเหล่านี้มีการรับรู้ในเชิงบวก จะส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ[4,5] นอกจากนี้ คุณลักษณะงาน ได้แก่ ความหลากหลายของงาน ความสำคัญของงาน และความมีอิสระในการทำงาน ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการ โดยเฉพาะในระดับชุมชน ซึ่งต้องอาศัยความสามารถในการปรับแผนให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย[6]

ด้านการบริหารจัดการ จำเป็นต้องมีการบูรณาการภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พัฒนาศักยภาพบุคลากร และจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม เพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ทั้งในมิติการวางแผน การจัดองค์การ การเป็นผู้นำ และการควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารจัดการเชิงระบบและการออกแบบองค์การ[7,8]

จังหวัดพระนครศรีอยุธยามีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ โดยคิดเป็นประมาณร้อยละ 23 ของประชากรทั้งหมด และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[9] ส่งผลให้การบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุเป็นภารกิจสำคัญของภาครัฐในพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายจึงได้ดำเนินโครงการต่าง ๆ เช่น ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ และศูนย์สุขภาพชุมชนผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัด เช่น ความไม่สม่ำเสมอของระบบบริการระหว่างพื้นที่ การขาดแคลนบุคลากร งบประมาณที่ไม่เพียงพอ

และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ [10]

จากการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบประเด็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบการดูแลในระดับพื้นที่ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และจำนวนอาสาสมัครในชุมชนที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ อีกทั้งยังขาดการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้คุณภาพการดูแลไม่สม่ำเสมอ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่ภายใต้การดูแลของครอบครัว ซึ่งอาจไม่มีเวลา ทักษะ หรือทรัพยากรเพียงพอ นำไปสู่ภาระทางกายและจิตใจของผู้ดูแลในระยะยาว ขณะเดียวกัน ระบบบริการสุขภาพยังประสบปัญหาการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในเขตชนบท และขาดกลไกการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ปัญหาเหล่านี้จึงเป็นแรงจูงใจสำคัญที่นำไปสู่การศึกษาวิจัยเรื่องการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และมีความยั่งยืนในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ของบุคคล คุณลักษณะงาน และการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. เพื่อเสนอแนะแนวทางการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน เพื่อวิเคราะห์การบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้แบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ส่วน ตามระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวนทั้งสิ้น 598 คน ซึ่งปฏิบัติงานครอบคลุมหน่วยบริการทุกระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)[11]

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดโดยใช้สูตรของ Taro Yamane[12] ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิตามประเภทหน่วยงานที่สังกัดและจัดสรรจำนวนตามสัดส่วนของประชากร (Proportional Allocation) ดังนี้

กลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 206 แห่ง มีประชากร 412 คน จัดสรรกลุ่มตัวอย่าง 165 คน กลุ่มสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 16 แห่ง มีประชากร 32 คน จัดสรรกลุ่มตัวอย่าง 13 คน และกลุ่มโรงพยาบาล 16 แห่ง ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีประชากร 154 คน จัดสรรกลุ่มตัวอย่าง 62 คน ภายหลังการจัดสรรตามสัดส่วน ใช้การเลือกตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Selection) จากบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงและมีความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติงานในหน่วยงาน

บริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ตามสัดส่วนที่กำหนด ปฏิบัติงานจริงในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล และมีความสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ บุคลากรที่อยู่ระหว่างการลาพักระยะยาว เช่น ลาศึกษาต่อหรือลาคลอด และบุคลากรที่ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัย

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากร คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ซึ่งเป็นผู้บริหารและบุคลากรที่มีบทบาทโดยตรงในการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ดำรงตำแหน่งบริหารหรือเป็นหัวหน้างานที่มีบทบาทโดยตรงในการกำหนดนโยบายและบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุในระดับจังหวัดหรือระดับพื้นที่ และปฏิบัติงานในตำแหน่งแพทย์ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้อำนวยการ รพ.สต.

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกตามระยะเวลาที่นัดหมาย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ครอบคลุมทั้งระดับนโยบาย ระดับบริหาร และระดับปฏิบัติการ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ชุด คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ และประสบการณ์การทำงาน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (Check List) จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ของบุคคล จำนวน 11 ข้อ จำแนกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการทำงานของตนเอง จำนวน 5 ข้อ และการรับรู้ต่อระบบการบริหารจัดการ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท (Likert) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การประเมินผลพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ย [13] ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 คุณลักษณะงาน จำนวน 17 ข้อ จำแนกเป็น 5 ด้าน ตามแบบจำลองคุณลักษณะงานของ Hackman and Oldham(6) ได้แก่ ด้านความหลากหลายของทักษะ จำนวน 3 ข้อ ด้านเอกลักษณ์ของงาน จำนวน 4 ข้อ ด้านความสำคัญของงาน จำนวน 4 ข้อ ด้านความมีอิสระในการทำงาน จำนวน 3 ข้อ และด้านผลป้อนกลับจากงาน จำนวน 3 ข้อ ลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง จริงบ้าง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด โดยใช้เกณฑ์การแปลผลเช่นเดียวกับส่วนที่ 2

ส่วนที่ 4 การบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ จำแนกเป็น 4 ด้าน ตามกรอบแนวคิดของ Bartol and Martin[14] และ Koontz and Weihrich[15] ได้แก่ ด้านการวางแผน

จำนวน 5 ข้อ ด้านการจัดองค์การ จำนวน 5 ข้อ ด้านการเป็นผู้นำ จำนวน 5 ข้อ และด้านการควบคุม จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลเช่นเดียวกับส่วนที่ 2

ส่วนที่ 5 คำถามปลายเปิด เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) พัฒนาขึ้นเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured) ครอบคลุม 4 ประเด็น ได้แก่ สภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคลากร ปัจจัยด้านคุณลักษณะงาน และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของแบบสอบถาม แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) คัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับบุคลากรสาธารณสุขที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.84 สำหรับการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ ใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้สัมภาษณ์ (Member Check)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสืออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อประสานงานไปยังหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และการรักษาสิทธิความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเน้นย้ำว่าข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 คน ผ่านทางระบบออนไลน์ (Google Forms) และการส่งแบบสอบถามในพื้นที่ โดยมีการติดตามความครบถ้วนของข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ (Response Rate 100%) ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 10 ท่าน โดยใช้วิธีการนัดหมายตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์ใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) โดยมีการบันทึกเสียง (ซึ่งได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล) พร้อมการจดบันทึกภาคสนาม (Field Notes) เพื่อเก็บประเด็นสำคัญและบริบทแวดล้อมระหว่างการสนทนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการถอดบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ จัดกลุ่มข้อมูลและสรุปประเด็นหลักตามกรอบแนวคิดการบริหารจัดการ แล้วตีความเชื่อมโยงกับผลการวิจัยเชิงปริมาณ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ใบรับรองโครงการวิจัย 12/2569 ลงวันที่ 24 มกราคม 2569

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 240 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.00 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 30.83 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 71.67 สถานภาพสมรส ร้อยละ 65.83 และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 20 ปี มากที่สุด ร้อยละ 33.33

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ของบุคคลภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.00, S.D. = 0.43) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ต่อระบบการบริหารจัดการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.08, S.D. = 0.47) รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ความสามารถในการทำงานของตนเอง (Mean = 3.91, S.D. = 0.51)

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อคุณลักษณะงานภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.97, S.D. = 0.39) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความหลากหลายของทักษะมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.15, S.D. = 0.45) รองลงมาคือ ด้านเอกลักษณ์ของงาน (Mean = 3.99, S.D. = 0.51) ด้านความมีอิสระในการทำงาน (Mean = 3.98, S.D. = 0.50) ด้านความสำคัญของงาน (Mean = 3.95, S.D. = 0.48) และน้อยที่สุดคือด้านผลป้อนกลับจากงาน (Mean = 3.82, S.D. = 0.54)

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.91, S.D. = 0.42) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการควบคุมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 3.95, S.D. = 0.44) รองลงมาคือ ด้านการจัดองค์การ (Mean = 3.93, S.D. = 0.47) ด้านการเป็นผู้นำ (Mean = 3.88, S.D. = 0.50) และน้อยที่สุดคือ ด้านการวางแผน (Mean = 3.87, S.D. = 0.49)

การรับรู้ของบุคคลและคุณลักษณะงานทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคุณลักษณะงานในภาพรวมมีความสัมพันธ์สูงสุด (r = .773) รองลงมาคือ การรับรู้ของบุคคลในภาพรวม (r = .685) เมื่อพิจารณารายด้าน ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผลป้อนกลับจากงาน (r = .664) เอกลักษณ์ของงาน (r = .654) และความมีอิสระในการทำงาน (r = .652)

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise พบว่า ตัวแปรอิสระ 6 ตัว จากทั้งหมด 7 ตัว สามารถร่วมกันทำนายการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 64.9 (R^2 = .649, Adjusted R^2 = .640, F = 61.242, p < .001) โดยผลป้อนกลับของงานเข้าสมการเป็นลำดับแรก อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 44.1 รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มร้อยละ 12.1 การรับรู้ต่อระบบการบริหาร เพิ่มร้อยละ 4.2 ความมีอิสระในการทำงาน เพิ่มร้อยละ 2.4 ความสำคัญของงาน เพิ่มร้อยละ 1.4 และเอกลักษณ์ของงาน เพิ่มร้อยละ 0.7 ส่วนความหลากหลายของงานไม่ผ่านเกณฑ์การเข้าสมการ สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานคือ $Z\hat{Y}$ = .190(ZX1) + .153(ZX2) + .131(ZX4) + .150(ZX5) + .142(ZX6) + .254(ZX7) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise (N = 240)

ขั้นตอน	ตัวแปร	B	Beta	R^2	ΔR^2
1	ผลป้อนกลับจากงาน (X7)	0.198	.254***	.441	.441
2	การรับรู้ความสามารถของตนเอง (X1)	0.155	.190***	.562	.121
3	การรับรู้ต่อระบบการบริหาร (X2)	0.135	.153**	.604	.042
4	ความมีอิสระในการทำงาน (X6)	0.118	.142**	.628	.024
5	ความสำคัญของงาน (X5)	0.130	.150**	.642	.014
6	เอกลักษณ์ของงาน (X4)	0.108	.131*	.649	.007
	ค่าคงที่ (Constant)	0.614			

หมายเหตุ: ***p < .001, **p < .01, *p < .05 | Adjusted R^2 = .640, F = 61.242, p < .001

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากคำถามปลายเปิดและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบปัญหาและอุปสรรคสำคัญ 3 ลำดับแรก ได้แก่ ข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรและภาระงานที่มากเกินไป (ร้อยละ 28.9) อุปสรรคด้านการเดินทางและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 26.7) และการขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญและทักษะเฉพาะทาง (ร้อยละ 11.1) ข้อเสนอแนะที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศแบบบูรณาการ (ร้อยละ 33.3) และการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย (ร้อยละ 26.3)

สรุปและอภิปรายผล

การรับรู้ของบุคคล คุณลักษณะงาน และการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ

การรับรู้ของบุคคลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านการรับรู้ต่อระบบการบริหารมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านการรับรู้ความสามารถในการทำงานของตนเอง สะท้อนว่าบุคลากรมีความเข้าใจต่อระบบการบริหารองค์กรในระดับดี แต่ยังมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองค่อนข้างน้อยกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะงานผู้สูงอายุมีความซับซ้อนและต้องใช้ความรู้เฉพาะทางหลายด้าน ส่งผลให้บุคลากรบางส่วนรู้สึกว่ายังมีทักษะไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura[16] ที่ระบุว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่สำเร็จเป็นปัจจัยหลักที่หล่อหลอมการรับรู้ความสามารถ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Robbins and Judge[17] ที่เน้นว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นกระบวนการที่ถูกกำหนดโดยประสบการณ์ ทัศนคติ และบริบทขององค์กร

คุณลักษณะงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านความหลากหลายของงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด สะท้อนลักษณะงานด้านผู้สูงอายุที่ต้องใช้ทักษะหลากหลาย ทั้งการคัดกรองสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลระยะยาว และการประสานงานกับภาคีเครือข่าย ขณะที่ด้านผลป้อนกลับจากงานมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด สะท้อนปัญหาเชิงระบบที่บุคลากรขาดข้อมูลย้อนกลับเชิงสร้างสรรค์จากผู้บังคับบัญชา ซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลองคุณลักษณะงานของ Hackman and Oldham[6] ที่ระบุว่าผลป้อนกลับเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อสภาวะจิตวิทยาเชิงวิกฤตของผู้ปฏิบัติงาน และเมื่อขาดไปจะทำให้บุคลากรไม่สามารถประเมินคุณภาพผลงานของตนเองได้อย่างแม่นยำ

การบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านการควบคุมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ขณะที่ด้านการวางแผนมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด แสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุมีจุดแข็งด้านการติดตามกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน แต่ยังมีช่องว่างในด้าน

การกำหนดทิศทางเชิงรุกและการวางแผนเชิงกลยุทธ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารจัดการของ Bartol and Martin[14] ที่เน้นว่าองค์กรที่มีประสิทธิผลจำเป็นต้องมีความสมดุลระหว่างกระบวนการบริหารทั้ง 4 ด้าน และสอดคล้องกับ Koontz and Weihrich[15] ที่ชี้ว่าการวางแผนเป็นหน้าที่พื้นฐานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของหน้าที่การบริหารอื่น

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ

ผลป้อนกลับของงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Beta = .254) และเข้าสมการเป็นลำดับแรก สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 44.1 เพียงตัวแปรเดียว ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ Hackman and Oldham[6] ที่ระบุว่าผลป้อนกลับเป็นแกนกลางของกระบวนการเรียนรู้จากงาน เมื่อบุคลากรได้รับข้อมูลย้อนกลับที่ชัดเจน จะสามารถปรับปรุงวิธีการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ข้อค้นพบนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ให้สัมภาษณ์ระบุว่าระบบปัจจุบันยังขาดกลไกการให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงสร้างสรรค์ และมุ่งเน้นเพียงการรายงานตามตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Beta = .190) และการรับรู้ต่อระบบการบริหาร (Beta = .153) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลลำดับที่สองและสามตามลำดับ สะท้อนว่าบุคลากรที่มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองและมีมุมมองเชิงบวกต่อระบบบริหารขององค์กร จะสามารถปฏิบัติงานบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura[16] ที่ระบุว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถสูงจะมีแนวโน้มตั้งเป้าหมายที่ท้าทายกว่า ทุ่มเทความพยายามมากกว่า และมีความอดทนต่ออุปสรรคสูงกว่า

ความสำคัญของงาน (Beta = .150) ความมีอิสระในการทำงาน (Beta = .142) และเอกลักษณ์ของงาน (Beta = .131) ล้วนมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความหลากหลายของงานไม่สามารถทำนายการบริหารจัดการเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น สาเหตุที่เป็นไปได้คือบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุปฏิบัติงานหลากหลายจนกลายเป็นภารกิจปกติ ทำให้ความหลากหลายของงานไม่ได้สร้างความแตกต่างในเชิงการบริหารจัดการ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่ผู้ให้สัมภาษณ์ระบุว่างานด้านผู้สูงอายุมีลักษณะหลากหลายเป็นธรรมชาติอยู่แล้ว จึงไม่ใช่ปัจจัยที่สร้างความแตกต่างในระดับการบริหารจัดการ

ตัวแปรทั้ง 6 ตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 64.9 ซึ่งถือเป็นอำนาจการทำนายในระดับสูง ส่วนที่เหลือร้อยละ 35.1 อาจเป็นผลจากปัจจัยอื่นที่ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ เช่น ภาวะผู้นำ วัฒนธรรมองค์กร เทคโนโลยีสารสนเทศ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสมควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ควรพัฒนาระบบข้อมูลป้อนกลับจากการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ โดยจัดให้มีการให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงสร้างสรรค์อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคลากรผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ควรพัฒนาระบบสารสนเทศแบบบูรณาการเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูล และส่งเสริมความร่วมมือเชิงระบบระหว่างหน่วยงานสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว และชุมชนเพื่อบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. สำหรับการศึกษาในอนาคต ควรดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ตลอดจนศึกษา

ปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการ อาทิ ภาวะผู้นำ วัฒนธรรมองค์กร และเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงศึกษามุมมองของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับคุณภาพระบบบริการ เพื่อกำหนดเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันของหน่วยงานและชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2560-2569. กรุงเทพฯ: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
2. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. แผนยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พ.ศ. 2566-2570. พระนครศรีอยุธยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา; 2566.
4. Rogers EM. Diffusion of innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003.
5. สุวรรณา ชาญศิลป์. การรับรู้ของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2562;45(3):112-25.
6. Hackman JR, Oldham GR. Motivation through the design of work: Test of a theory. Organ Behav Hum Perform. 1976;16(2):250-79.
7. Mintzberg H. Structure in fives: Designing effective organizations. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1983.
8. Robbins SP, Coulter M. Management. 14th ed. New York: Pearson; 2018.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
10. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2563-2583. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2566.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. รายงานสถานการณ์บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุประจำปี 2568. พระนครศรีอยุธยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา; 2568.
12. Yamane T. Statistics: An introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
13. Best JW. Research in education. 4th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1981.
14. Bartol KM, Martin DC. Management. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1997.
15. Koontz H, Weihrich H. Essentials of management: An international, innovation, and leadership perspective. 9th ed. New Delhi: McGraw-Hill Education; 2012.
16. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
17. Robbins SP, Judge TA. Organizational behavior. 18th ed. New York: Pearson; 2019.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสู่ระยะสงบ จังหวัดสกลนคร

The Development of a Participatory Health Behavior Modification Model for Self-Management Towards Diabetes Remission in Community at Sakon Nakhon Province

(Received: March 8,2026 ; Revised: March 12,2026 ; Accepted: March 14,2026)

พูลสมบัติ ติงมหาอินทร์[1] นาคี สอนโพธิ์[2] พัชราภา ถนอมสมบัติ[3] วิญญูพล ปรางค์ทอง[4]
Phunsombat Tingmahain[1] Nakee Sornpho[2] Patcharapa Tanomsombat[3] Winyuphon PrangThong[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสู่ระยะสงบ จังหวัดสกลนคร และ 2) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 72 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired Samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างทีมสุขภาพชุมชน 2) การอบรมและฝึกทักษะในการจัดการตนเอง 3) ระบบการติดตามและสนับสนุนทางสังคมและเทคโนโลยี และ 4) การเสริมพลังและแรงจูงใจในการจัดการตนเอง ภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นจาก 2.82 เป็น 3.76 และระดับ HbA1c ลดลงจาก 8.7 % เป็น 7.2 % อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ มีผู้ป่วยจำนวน 15 คน มีระดับ HbA1c ต่ำกว่า 6.5 % (ระยะสงบของโรคเบาหวาน) คิดเป็นร้อยละ 20.8

คำสำคัญ: รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ABSTRACT

This research and development study aimed to: 1) develop a participatory health behavior modification model for self-management among diabetic patients in community settings in Sakon Nakhon Province, specifically targeting diabetic remission, and 2) evaluate the effectiveness of the developed model. The study sample consisted of 72 uncontrolled diabetic patients. Data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-tests.

The findings revealed that the developed model consists of four core components: 1) establishment of a community health team; 2) training and development of self-management skills; 3) a monitoring and support system utilizing social and technological platforms; and 4) empowerment and motivational strategies for self-management. Following the implementation of the model, the sample group exhibited a statistically significant improvement in self-management behavior scores (increasing from 2.82 to 3.76). Furthermore, HbA1c levels decreased significantly from 8.7 % to 7.2 % ($p < .001$). Notably, 15 patients (20.8 %) achieved an HbA1c level below 6.50%, indicating diabetic remission.

Keywords: Participatory Health Behavior Change Model Diabetes Self-Care Management

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
[2] นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
[3] นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำปาดง

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกาย ที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง[1] โดยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด โดยพบประมาณร้อยละ 90 - 95 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่ร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินที่ผลิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ[2] สถานการณ์โรคเบาหวานปัจจุบันทั่วโลก พบว่า ประชากรวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 20 – 79 ปี จำนวนถึง 37 ล้านคนป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2573 และ 783 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588[3] สำหรับประเทศไทยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด โดยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด ซึ่งเป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน[4] อุบัติการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องประมาณ 3 แสนคนต่อปี[5] และมีผู้ป่วยอยู่ในระบบทะเบียนของกระทรวงสาธารณสุข ประมาณ 3.2 ล้านคน ซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[5]

จังหวัดสกลนคร สถานการณ์โรคเบาหวานยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมาอย่างต่อเนื่อง ปี 2566 พบอัตราป่วยต่อแสนประชากร 7.29 และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม : HbA1c< 7%) ร้อยละ 26.18 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 40) ต่ำกว่าระดับเขตสุขภาพที่ 8 (ร้อยละ 29.2) และระดับประเทศ (ร้อยละ 32.5) และมีแนวโน้มลดลง[6] อำเภอวานรนิวาส เป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดสกลนคร ที่มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่ผ่านเกณฑ์ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2562-2566 ร้อยละ 21.24, 11.88, 14.43, 27.20, และ 26.09 ตามลำดับ แม้ว่าการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและเฝ้าระวังภัยสุขภาพของอำเภอวานรนิวาสจะมีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องและนับเป็นอำเภอที่มีการดำเนินงานด้านปฐมภูมิที่โดดเด่น มีภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้มแข็ง มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เอื้อและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นแกนนำหลักร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรเอกชนในชุมชน ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้แก่ประชากรทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามข้อเสนอแนะของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้กิจกรรมที่มีความหลากหลาย ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ การรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การคัดกรองโรคและการให้คำปรึกษา

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับโลกและในประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสร้างภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล แม้ว่าการรักษาในปัจจุบันจะมุ่งเน้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่แนวคิดใหม่ที่น่าสนใจคือ "ภาวะเบาหวานสงบ" (Diabetes Remission) ซึ่งหมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (HbA1c <6.5%) เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด[7] กุญแจสำคัญในการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสงบคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้น โดยเฉพาะการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก สามารถเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะเบาหวานสงบได้อย่างมีนัยสำคัญ[8,9] อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ยั่งยืนเป็นเรื่องท้าทาย และต้องการมากกว่าแค่คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การใช้ "กระบวนการแบบมีส่วนร่วม" (Participatory Approach) ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเข้ามาเป็นศูนย์กลาง

ในการวางแผนและตัดสินใจร่วมกันจึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพสูงในการสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) และส่งเสริมให้เกิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ที่ยั่งยืน[10,11]

งานวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางใหม่ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถจัดการตนเองและก้าวเข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบ (Diabetes Remission) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ต่อการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน สู่ระยะสงบ จังหวัดสกลนคร

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ต่อการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน สู่ระยะสงบ จังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประยุกต์ใช้หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Modification) การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Self-Management) ซึ่งอธิบายความสำคัญของการที่ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองในด้านต่างๆ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การตรวจน้ำตาล และการดูแลเท้า เพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model และหลักการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Approach) วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแบบจำลอง COM-B ซึ่งระบุว่าพฤติกรรมเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของ 3 ปัจจัย ได้แก่ ความสามารถ (Capability), โอกาส (Opportunity), และแรงจูงใจ (Motivation) เพื่อเลือกเทคนิคการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสู่ระยะสงบ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสร้างทีมสุขภาพชุมชน การอบรมและฝึกทักษะในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกัน ระบบการติดตามและสนับสนุนทางสังคมและเทคโนโลยี และการเสริมพลังและแรงจูงใจในการจัดการตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าน้ำตาลในเลือดสะสม ≥7 % และขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร จำนวน 145 คน

กลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ทาโร ยามาเน ปรับเพิ่มเพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) ระหว่างดำเนินการวิจัยร้อยละ 10 สุ่มคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า ได้จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 72 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม 2567 ถึง มิถุนายน 2568

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี มีค่าน้ำตาลในเลือดสะสม ≥7 %

2. สัญชาติไทย เพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 30 – 65 ปี

3. มีความสามารถในการสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้เข้าใจ

4. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองหรือหัวใจภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีภาวะทางจิตเวชรุนแรง หรือมีความบกพร่องทางสติปัญญา ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

2. ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่โครงการกำหนดได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

4. เบาหวานขณะตั้งครรภ์ กำลังตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสู่ระยะสงบ จังหวัดสกลนคร จำนวน 20 ข้อ

2. แบบสอบถามเพื่องานวิจัยเรื่อง“การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ให้เข้าสู่ระยะสงบ จังหวัดสกลนคร” ประกอบด้วย

- ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา และ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

- พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน (Diabetes Self-Management Behavior Scale) จำนวน 20 ข้อ

- แบบประเมินความพึงพอใจ (Satisfaction Survey) ต่อรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ให้เข้าสู่ระยะสงบ จังหวัดสกลนคร จำนวน 10 ข้อ

3. แบบบันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและชุมชน วิเคราะห์สภาพปัญหา บริบท สังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสู่ระยะสงบ จังหวัดสกลนคร โดยสำรวจข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่าง การสนทนากลุ่มย่อย จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สมาชิกในครอบครัว, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรทางการแพทย์ ทำความเข้าใจมุมมอง อุปสรรค และความต้องการเพื่อระบุประเด็นสำคัญร่วมกัน และเพื่อเป็นข้อมูลนำมาออกแบบรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมในระยะที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาและออกแบบรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสู่ระยะสงบ จังหวัดสกลนคร ทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสู่ระยะสงบ จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ 1 : การสร้างทีมสุขภาพชุมชน การสร้างทีมประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวานแกนนำในชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), ครอบครัวและผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

องค์ประกอบที่ 2 : การอบรมและฝึกทักษะในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกัน จัดคลินิกเบาหวานเคลื่อนที่ การทำอาหารสุขภาพโดยใช้วัตถุดิบท้องถิ่น จัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย

องค์ประกอบที่ 3 : ระบบการติดตามและสนับสนุนทางสังคมและเทคโนโลยี การมีเพื่อนช่วยเตือน (จับคู่ Buddy) การให้คำปรึกษาโดยเพื่อนผู้ป่วย

องค์ประกอบที่ 4 : การเสริมพลังและแรงจูงใจในการจัดการตนเอง ตั้งเป้าหมายร่วมกันผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองร่วมกับทีมสุขภาพชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน

ในชุมชนสู่ระยะสงบ ที่สร้างขึ้นมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม : HbA1c > 7 %) ชุมชนอำเภออากาศอำนวย จังหวัดสกลนครซึ่งเป็นชุมชนที่มีเขตติดต่อกับอำเภอวานรนิวาส มีลักษณะทางภูมิศาสตร์ ความเป็นอยู่ วิถีชีวิต คล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน และนำรูปแบบที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม : HbA1c > 7 %) ชุมชนอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร จำนวน 72 คน ระยะเวลา 12 เดือน (กรกฎาคม 2567 - มิถุนายน 2568)

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสู่ระยะสงบ แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One-group pretest-posttest design) ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความพึงพอใจต่อรูปแบบ และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน คะแนนความพึงพอใจ และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน, คะแนนความพึงพอใจ และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2024-084 วันที่ 1 พฤษภาคม 2567 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2568 ต่ออายุครั้งที่ 1 วันที่ 1 พฤษภาคม 2568 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2569

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสู่ระยะสงบ จังหวัดสกลนคร เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ประเมินประสิทธิผลด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี HbA1c ≥ 7% อำเภอวานรนิวาส จำนวน 72 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Paired Samples t-test สรุปผลได้ดังนี้

1. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสร้างทีมสุขภาพชุมชน การอบรมและฝึกทักษะ ระบบติดตามและสนับสนุนทางสังคมและเทคโนโลยี และการเสริมพลังและแรงจูงใจ ผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีความเหมาะสมระดับมากที่สุด (Mean = 4.62, S.D. = 0.41)

2.ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

2.1 หลังได้รับรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นจาก Mean = 2.82 (S.D. = 0.25) เป็น Mean = 3.76 (S.D. = 0.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 87.684$, $p < .001$) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.9 มีพฤติกรรมระดับสูง

2.2 ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ลดลงจาก 8.7 % (S.D. = 0.70) เป็น 7.2 % (S.D. = 0.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 29.115$, $p < .001$) ลดลงเฉลี่ย 1.5 % และกลุ่มตัวอย่าง 15 คน (ร้อยละ 20.8) มี HbA1c < 6.5% เข้าเกณฑ์ภาวะเบาหวานสงบ

2.3 ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.85, S.D. = 0.30) ร้อยละ 81.9 ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจต่ำกว่าระดับมาก

ผลสรุปดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองและก้าวเข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบ (Diabetes Remission) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการได้รับรูปแบบ (n=72)

ข้อมูล		Mean	S.D.	t	p-value
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อนการทดลอง	2.82	0.25	87.684	<.001**
	หลังการทดลอง	3.76	0.23		
ระดับน้ำตาลในเลือด)HbA1c)	ก่อนการทดลอง	8.74	0.70	29.115	<.001**
	หลังการทดลอง	7.24	0.75		

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired Samples t-test

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์บริบทของชุมชนร่วมกับการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าปัญหาสำคัญคือ ผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง ขาดแรงจูงใจ และขาดระบบสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างทีมสุขภาพชุมชน โดยมีบุคลากรสาธารณสุข อสม. และแกนนำผู้ป่วยร่วมกันวางแผนและดำเนินกิจกรรม 2) การอบรมและฝึกทักษะในการจัดการตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา 3) ระบบการติดตามและสนับสนุนทางสังคมและเทคโนโลยี เช่น การติดตามเยี่ยมบ้าน และการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ 4) การเสริมพลังและแรงจูงใจ โดยการให้กำลังใจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้รับการประเมินว่ามีความเหมาะสมระดับมากที่สุดทุกด้าน เนื่องจากผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามแนวคิดการวิจัยและพัฒนา ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับชุมชน การสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การทดลองนำร่องในอำเภออากาศอำนวย และการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ สอดคล้องกับ Boocha และ Ploylearmsang[12] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมในชุมชน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การสร้างทีมสุขภาพชุมชน และระบบติดตามและสนับสนุนทางสังคมและเทคโนโลยี (Mean = 4.68) สะท้อนว่าผู้ทรงคุณวุฒิเห็นความสำคัญของการบูรณาการเครือข่ายชุมชนกับระบบติดตาม สอดคล้องกับ Utaisang และคณะ[13] ที่ศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยโดยใช้กระบวนการ PAR และพบว่ารูปแบบที่ใช้ทรัพยากรชุมชนเป็นฐานมีประสิทธิผลในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด

พฤติกรรมการจัดการตนเองที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (เพิ่มจาก 2.82 เป็น 3.76, $p < .001$) และสัดส่วนผู้มีพฤติกรรมระดับสูงจากไม่มี เพิ่มเป็นร้อยละ 63.9 สามารถอธิบายได้จากการบูรณาการแบบจำลอง COM-B[14] ที่เสริมสร้างทั้งความสามารถ

(Capability) โอกาส (Opportunity) และแรงจูงใจ (Motivation) ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและหลักการเสริมพลัง กิจกรรมที่ออกแบบ เช่น คลินิกเบาหวานเคลื่อนที่ การทำอาหารสุขภาพจากวัตถุดิบท้องถิ่น และกลุ่มออกกำลังกาย ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง ในขณะที่ระบบจับคู่เพื่อนช่วยเตือน (Buddy System) และการให้คำปรึกษาโดยเพื่อนผู้ป่วย (Peer Counseling) สร้างแรงสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง สอดคล้องกับวรางคณา บุตรศรี และคณะ[15] ที่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้สามารถเพิ่มทักษะการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) นิภารัตน์ สุขสวัสดิ์ และคณะ[16] ที่พบว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยลดน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) และจำเนียร พรประยุทธ และคณะ[17] ที่พบว่าโปรแกรมการชี้แนะสามารถเพิ่มพฤติกรรมการควบคุมโรคและลดค่าน้ำตาลสะสมได้มากกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 27.87$, $p < .001$ และ $t = 8.42$, $p < .001$ ตามลำดับ)

จุดเด่นที่แตกต่างของรูปแบบนี้คือการใช้กระบวนการจากล่างขึ้นบน (Bottom-up approach) โดยทีมสุขภาพชุมชนที่ประกอบด้วยผู้ป่วย ครอบครัว อสม. แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกันวางแผนและตัดสินใจ สอดคล้องกับ Aekplakorn และคณะ[18] ที่ศึกษาแบบ Cluster RCT ในระบบปฐมภูมิไทยจำนวน 1,903 คน 68 หน่วยบริการ และพบว่ากิจกรรมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมลดอุบัติการณ์เบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted HR = 0.72, 95% CI 0.60-0.86) โดยทางเลือกด้านอาหารและการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ ค่า HbA1c ที่ลดลงเฉลี่ย 1.51% ถือว่ามีนัยสำคัญทางคลินิก เนื่องจากจากการศึกษา UKPDS 35 พบว่าทุก ๆ 1% ที่ลดลงสัมพันธ์กับการลดภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดขนาดเล็กได้ ร้อยละ 37[19] นอกจากนั้น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.8 มีค่า น้ำตาลในเลือดสะสม HbA1c < 6.5% เข้าเกณฑ์ภาวะเบาหวานสงบ ตามนิยามของแนวทางเวชปฏิบัติสมาคมโรคเบาหวานแห่งอเมริกา (ADA Consensus) ซึ่งกำหนดว่าค่า HbA1c ต้องต่ำกว่า 6.5% (48 mmol/mol) อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ใช้ยาลดน้ำตาล[20] ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับ Bhatt และคณะ[21] จากอินเดีย ที่พบอัตราเบาหวานสงบ ร้อยละ 31.2 จากโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบสหสาขาวิชาชีพในกลุ่มตัวอย่าง 2,386 คน และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ[22] จากการศึกษา 12 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างรวม 3,997 คน ที่พบว่ากลุ่มที่ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตมีโอกาสเข้าสู่ภาวะสงบสูงกว่ากลุ่มควบคุมถึง 4 เท่า

ความแตกต่างของอัตราการเข้าสู่ภาวะสงบของโรคเบาหวานในการศึกษานี้ (ร้อยละ 20.8) กับงานวิจัยอื่น อาจเกี่ยวข้องกับระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างที่เฉลี่ยป่วยด้วยโรคเบาหวานนาน 8.03 ปี โดย Taylor และคณะ[23] พบว่าการฟื้นตัวของเบต้าเซลล์ตับอ่อนขึ้นอยู่กับระยะเวลาดำรงโรค และ Lean และคณะ[24] จากการศึกษา DIRECT Trial (Diabetes Remission Clinical Trial) ซึ่งเป็นการศึกษาทางคลินิกที่พิสูจน์ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีน้ำหนักเกินและเป็นมาไม่เกิน 6 ปี สามารถทำให้โรคเบาหวานสงบ (Remission) ได้ด้วยการลดน้ำหนัก ผ่านการปรับอาหารและพฤติกรรมในระดับปฐมภูมิ โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ลดน้ำหนักได้ตั้งแต่ 15 กิโลกรัมขึ้นไปมีอัตราเข้าสู่ภาวะสงบสูงถึงร้อยละ 86 นอกจากนี้ ลักษณะประชากรที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 60.28 ปี) การศึกษาระดับประถม และอาชีพเกษตรกร อาจเป็นปัจจัยจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ผลลัพธ์แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่เน้นกิจกรรมกลุ่มและการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถข้ามผ่านข้อจำกัดด้านความรู้พื้นฐานได้ สอดคล้องกับ Utaisang และคณะ[13] ที่พบว่ากิจกรรมกลุ่มรายสัปดาห์แบบ PAR เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชนบทภาคอีสาน

ความพึงพอใจระดับมากที่สุด (Mean = 4.85) และค่า S.D. ต่ำ (0.30) บ่งชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างยอมรับรูปแบบอย่างเป็นเอกฉันท์ ซึ่งเป็นผลจากการออกแบบกิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการจริงของชุมชนผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) ตามหลักการ CBPR[25]

อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ 1) ใช้รูปแบบการวัดผลแบบก่อน-หลังภายในกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถตัดปัจจัยกวนได้สมบูรณ์ 2) ไม่มีข้อมูลติดตามระยะยาวเพื่อยืนยันความยั่งยืนของภาวะเบาหวานสงบ ซึ่งตามข้อแนะนำของแนวทางเวชปฏิบัติสมาคมโรคเบาหวานแห่งอเมริกา แนะนำให้มีการตรวจติดตามอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง[20] และ 3) ดำเนินการในบริบทเฉพาะของอำเภอวานรนิวาส การนำไปใช้พื้นที่อื่นควรมีการศึกษาชุมชนและปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรขยายผลรูปแบบไปใน รพ.สต. อื่น ๆ โดยปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

2. พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการเป็นแกนนำบูรณาการ Buddy System กับเทคโนโลยีสื่อสาร

3. คัดกรองผู้ป่วยระยะเริ่มต้น เข้าร่วมรูปแบบเพื่อเพิ่มโอกาสเข้าสู่เบาหวานภาวะสงบได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT) ในระยะยาว 1-2 ปี เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าสู่ระยะสงบของโรคในบริบทของประเทศไทย พร้อมทั้งประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เพื่อผลักดันให้เป็นนโยบายระดับประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจำปาดง และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่เอื้ออำนวยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2021). The Global Diabetes Compact. 27 january 2022. Retrieved from https://www.who.int/publications/m/item/the-global-diabetes-compact
2. Center for Disease Control and Prevention. (2020). What is Diabetes?. September 20, 2021, Retrieved from https://www.cdc.gov/diabetes/basics/diabetes.html
3. Boulton, A., Magliano, D.และBoyko, E. (2021). IDF Diabetes Atlas 10TH edition. International Diabetes Federation. Retrieved from https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/
4. มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและกระทรวงสาธารณสุข. (2563). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563. เข้าถึงได้จาก:https://www.hsri.or.th/media/printed-matter/detail/13443
5. กรมควบคุมโรค สำนักป้องกันควบคุมโรคที่8 จังหวัดอุดรธานี. (2564). รายงานสถานการณ์โรคและภัย สุขภาพประจำสัปดาห์ที่9. เข้าถึงได้จาก: http://odpc8.ddc.moph.go.th/upload epi article/VHQZi5DGNWyLdp6Ba7lq.pdf
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานจังหวัดสกลนคร ปี 2566. สกลนคร:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2566.
7. Riddle MC, Cefalu WT, Evans PH, Gerstein HC, Nauck MA, Oh WK, et al.Consensus report: Definition and interpretation of remission in type 2 diabetes. Diabetes Care. 2021;44(10):2438–44.
8. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): An open-label, cluster-randomised trial. Lancet. 2018;391(10120):541–51.

9. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2- year results of the DiRECT open-label cluster-randomised trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019;7(5):344–55.
10. Wallerstein N, Duran B. Community-based participatory research contributions to intervention research: The intersection of science and practice to improve health equity. Am J Public Health. 2010;100(S1):S40–6.
11. Minkler M, Wallerstein N. Community-based participatory research for health: From process to outcomes. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
12. Boocha K, Ploylearmsang C. Development and implementation of diabetes care by a community network based on a chronic care model. J Prim Care Community Health. 2023;14:1-9.
13. Utaisang A, Pilayon B, Thanyawarathorn T, et al. Population-focused community-based health literacy model for high-risk people: preventing type 2 diabetes mellitus through participatory action research in rural Thailand. BMC Public Health. 2026. doi:10.1186/s12889-026-26828-0.
14. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implement Sci. 2011;6:42.
15. วรางคณา บุตรศรี, รัตนา บุญพา, ชาญณรงค์ สิงห์บรรณ. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2564;18(1):13-25.
16. นิภารัตน์ สุขสวัสดิ์, อารยา ปรานประวิตร, สาโรจน์ เพชรมณี. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2559;4(1):49-65.
17. จำเนียร พรประยุทธ, ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, สมสมัย รัตนกรีฑากุล. ผลของโปรแกรมการชี้แนะผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;25(2):66-78.
18. Aekplakorn W, Tantayotai V, Numsangkul S, et al. Evaluation of a community-based diabetes prevention program in Thailand: a cluster randomized controlled trial. J Prim Care Community Health. 2019;10:1-7.
19. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ. 2000;321(7258):405-12.
20. Riddle MC, Cefalu WT, Evans PH, et al. Consensus report: definition and interpretation of remission in type 2 diabetes. Diabetes Care. 2021;44(10):2438-44.
21. Bhatt AA, Choudhari SG, Mahajan H, et al. Type 2 diabetes remission and its predictors in an Indian cohort. PLoS One. 2025;20(5):e0333114.
22. Karter AJ, Nundy S, Parker MM, et al. Incidence of remission in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of lifestyle intervention studies. BMJ Open Diabetes Res Care. 2022;10(1):e002560.
23. Taylor R, Al-Mrabeh A, Zhyzhneuskaya S, et al. Remission of human type 2 diabetes requires decrease in liver and pancreas fat content but is dependent upon capacity for β cell recovery. Cell Metab. 2018;28(4):547-56.
24. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. Lancet. 2018;391(10120):541-51.
25. Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA, editors. Methods for community-based participatory research for health. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2013.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026

Part II

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026
Part 2

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ความสัมพันธ์ระหว่างฤดูกาลและการสัมผัส PM 2.5 ต่ออาการกำเริบของเด็กโรคหืด ในโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา 280
กาญจนา ชยุติมาพันธ์

การประเมินผลรูปแบบการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากจังหวัดเชียงราย 290
กานต์สุดา อินทจักร์ ,รุจิรา แสนดี

ทุนทางวัฒนธรรมกับการพัฒนาการจัดการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ของชุมชนบ้านนาอ้อ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลย 301
โรจนันท์ ทรงอยู่

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรการแพทย์ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ 308
พัณณ์ชิตา สรนาทนิธิโรจน์

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ 316
สรัลพร พัฒนมงคล

การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร 325
ดาราภรณ์ บุญศรี ,ลัดดา กวานดา ,ณัฐกฤตา วงศ์ละคร

ปัจจัยสัมพันธ์ระหว่างความสุขกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม 336
ธนเมศวร์ แท่นคำ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน จังหวัดสุโขทัย 347
มณีสร ธิช่างทอง ,วฐู พรหมพิทยารัตน์

การพัฒนารูปแบบการลดอุบัติเหตุการจราจรทางถนนโดยผ่านระบบสุขภาพอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (DHS-RTI) อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 357
เปรมกุลชา ชั่งดี

การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 367
ลัดดา อังศุวัชรากร

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร 378
พนารัตน์ เฒ่าอุดม ,พีรภรณ์ โสมี ,ณัฐกฤตา วงศ์ละคร

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง และประสบการณ์ที่ได้รับของอาจารย์และนักศึกษาที่มีต่อกระบวนการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ 387
อาภากร เปรี้ยวนิ่ม ,ศิริพรรณ บุดดา ,สุธิดา ประมูล ,ชุติมณฑน์ มีมาก ,ปพิชญา สุพรรณ์

ประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน LINE ในการส่งเสริมความร่วมมือของหญิงตั้งครรภ์เพื่อรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก: การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม 396
ศิริธัญญ์ ตัญบุญยกิจ ,จิราภรณ์ สุขเกษม

โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุบ้านสันติสุข ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ 405
วารี นันทสิงห์ ,จุฑามาศ แก้วจันด่

การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 416
ณัทณพงศ์ พีรภัคพงศ์ ,หคัทคนา บำรุงสุข

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลพนมสารคามจังหวัดฉะเชิงเทรา 434
ดวงมณี วิยะทัศน์ ,จริญญา จริยภิญโญ ,อมรเทพ จันทร์เจริญ

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) 443
ชัชนันท์ ดียิ่ง ,จิราภรณ์ ฉลานุวัฒน์ ,กรรณิกา ยะหัตตะ ,วิทยา ประทุมทอง

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี 454
ฉัตรชัย เอ็งอุทัยวัฒน์

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026
Part 2

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาและการประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงหลักฐานในการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยนอนติดเตียง 464
จิรวรรณ ชาประดิษฐ์ ,ศรีสุดา เสริมกล้า

การประเมิน KAP ของผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับพื้นที่ในประเทศไทย: ช่องว่างเชิงปฏิบัติและข้อเสนอเชิงระบบ 474
ปิยดา อังศุวัชรากร ,ชนินันท์ สนธิไชย ,อณิสตา มาลินี ,ยงเจือ เหล่าศิริถาวร

การพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี 482
จุฑารัตน์ เรืองชุม ,กุลวดี อภิชาติบุตร ,อรอนงค์ วิชัยคำ

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหาดเล็ก 492
เอมอร ศิริวาร ,สุวภา เกตุปลั่ง ,ธิดารัตน์ ธรรมชาติ

การปนเปื้อนไมโครพลาสติกในถุงชาที่วางจำหน่ายในประเทศไทย 506
นิตยา รัตนประภากร ,มาศ ไม้ประเสริฐ

ประสิทธิผลของการใช้ไก่ดำสเปรย์ร่วมกับการให้ความรู้ต่ออาการปวดเข่าของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม 516
บุญนำพา สมบัติ ,วันรัฐ ตั้งกิจวานิชย์ ,วันเพ็ญ บินตะคุ

ความชุกและลักษณะของ Masked Hypertension และ White Coat Hypertension จากการวัดความดันโลหิตที่ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs เปรียบเทียบกับสถานพยาบาล: การศึกษาแบบตัดขวางในกลุ่มเสี่ยง 528
นนทนันท์ ธุนันทา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี 538
กรองแก้ว บุญคูณ

ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้สูงอายุอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 547
ยุภาพร ยะอูป

การพัฒนาแอพพลิเคชั่นพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด NCDs ของนักศึกษาพยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ 558
นิสา ครุฑจันทร์ ,ดารารัตน์ อยู่เจริญ ,รุ้งลาวัณย์ แก่นอาสา ,รวินทร์นิภา สะอิ้ง

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น 569
สุพรรษา จิตรสม ,สุพัตรา เชาว์ไวย และชญานิศ ศรีรักษา

การค้นหาอาการที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้เครื่องมือส่งสัญญาณที่พัฒนาขึ้นสำหรับสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 578
สมจิตร์ พาเจริญ ,สุชาดา ขนานแข็ง ,ยุวพรรณ อนุวงศ์นวรัตน์

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 41 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ มกราคม – มีนาคม 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน การบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยกระบวนการจัดการความรู้ผ่านค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัยอายุ 3–5 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการ พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ระดับความเข้าใจและการปฏิบัติด้านพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลหญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่น (Flexible Meal Planning) การเปลี่ยนแปลงของการโค้ชตาม GROW Model ต่อการทำงานเป็นทีม ความผิดปกติของรูปร่างเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ Dysmorphic ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพนักงานให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอย ภาวะปากแห้งของผู้สูงอายุ การให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงท้องไม่พร้อม การเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา กฎหมายกัญชาและกัญชงในประเทศไทย ระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลกับความเครียดของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ การพัฒนาเครือข่ายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกและเด็กป่วย สื่อดิจิทัลการโค้ชแบบโกรว์โมเดลต่อความรู้และทักษะในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลตรวจหามะเร็งในต่อมทอนซิลของผู้ป่วยที่ตัดต่อมทอนซิลจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก แอปพลิเคชัน LINE ในการส่งเสริมความร่วมมือของหญิงตั้งครรภ์เพื่อรักษาภาวะโลหิตจาง แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) การดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด NCDs ของนักศึกษาพยาบาล การค้นหาอาการที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้เครื่องมือส่งสัญญาณ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกระดูกหน้าแข้งหักจากมะเร็งปอดแพร่กระจาย ดัชนีไกลเคชั่นของฮีโมโกลบิน(Hemoglobin Glycation Index) การวินิจฉัยอัตราส่วนของนิวโทรฟิลต่อลิมโฟซัยท์ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในการเจ็บป่วยระยะกลาง การพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนน โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา พฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย การหาปริมาณ rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว การบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างฤดูกาลและการสัมผัส PM 2.5 ต่ออาการกำเริบของเด็กโรคหืด ในโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา

The Relationship Between Seasonal Variations, PM2.5 Exposure, and Asthma Exacerbations in Children at Debaratana Nakhon ratchasima Hospital.

(Received: January 20,2026 ; Revised: January 24,2026 ; Accepted: January 28,2026)

กาญจนา ชยุติมาพันธ์[1]
Kranjana Chayutimaphan[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างฤดูกาลและระดับการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) ต่อการเกิดอาการกำเริบของโรคหืดในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา การวิจัยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงอนุกรมเวลา (Time-series study) โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหืด (ICD-10: J45–J46) รวมทั้งสิ้น 479 ราย และข้อมูลสิ่งแวดล้อมจากสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศของกรมควบคุมมลพิษระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา: พบว่าอัตราการกำเริบของโรคหืดในเด็กสูงสุดในช่วงฤดูหนาวและฤดูฝน โดยเฉพาะในเดือนธันวาคมถึงกุมภาพันธ์ ซึ่งมีค่าความเข้มข้นเฉลี่ยของ $PM_{2.5}$ เกินมาตรฐานองค์การอนามัยโลก (WHO) หลายวันต่อเนื่อง หลังปรับควบคุมปัจจัยด้านเวลาแล้ว ทั้งฤดูฝนและฤดูหนาวมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการกำเริบของโรคหืดเมื่อเทียบกับฤดูร้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฤดูฝน: IRR = 1.26, 95% CI = 1.07–1.48, p = 0.005; ฤดูหนาว: IRR = 1.18, 95% CI = 1.01–1.40, p = 0.041) ในด้านการสัมผัสมลพิษพบว่าในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ระดับ $PM_{2.5}$ ในวันเดียวกันมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (OR = 1.05, 95% CI = 1.00–1.09, p = 0.032) ขณะที่ในกลุ่มอายุ 5–15 ปี ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$) การวิเคราะห์ (Multivariable Logistic Regression) แสดงให้เห็นว่า ระดับ $PM_{2.5}$ ในช่วง 3 วันก่อนหน้า (3-day lag) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดอาการหืดระดับปานกลางถึงรุนแรงในผู้ป่วยเด็ก (Adjusted OR = 1.03, 95% CI = 1.00–1.06, p = 0.040)

คำสำคัญ (Keywords):โรคหืดในเด็ก, ฝุ่นละอองขนาดเล็ก ($PM_{2.5}$), ฤดูกาล, การกำเริบของโรคหืด

Abstract

This study was investigate to the relationship between seasonal variations and exposure levels of fine particulate matter less than 2.5 micrometers in diameter ($PM_{2.5}$) on asthma exacerbations among pediatric patients admitted to Debaratana Nakhon ratchasima Hospital. This study employed a retrospective time-series design using data of pediatric patients under 15 years of age diagnosed with asthma (ICD-10: J45–J46), totaling 479 cases, and environmental data obtained from air quality monitoring stations of the Pollution Control Department between January 2020 and December 2024.

Results: The incidence of asthma exacerbations among children was highest during the winter and rainy seasons, particularly from December to February, during which mean $PM_{2.5}$ concentrations exceeded the World Health Organization (WHO) guideline on multiple consecutive days. After adjustment for temporal factors, both the rainy and winter seasons were significantly associated with an increased incidence of asthma exacerbations compared with the summer season (rainy season: incidence rate ratio [IRR] = 1.26, 95% confidence interval [CI] = 1.07–1.48, p = 0.005; winter season: IRR = 1.18, 95% CI = 1.01–1.40, p = 0.041).Regarding air pollution exposure, among children aged <5 years, same-day $PM_{2.5}$ concentrations were significantly associated with hospital admission (odds ratio [OR] = 1.05, 95% CI = 1.00–1.09, p = 0.032), whereas no significant association was observed among children aged 5–15 years ($p > 0.05$). Multivariable logistic regression analysis further demonstrated that $PM_{2.5}$

[1] กุมารแพทย์ สาขาโรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา E-mail: chytmphn@gmail.com

concentrations averaged over the preceding 3 days (3-day lag) were positively associated with moderate-to-severe asthma exacerbations in pediatric patients (adjusted OR = 1.03, 95% CI = 1.00–1.06, p = 0.040)

Keywords: Pediatric asthma, $PM_{2.5}$, seasonal variation, asthma exacerbation

บทนำ

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังที่เกิดจากภาวะการอักเสบของหลอดลม ซึ่งมีความซับซ้อนและสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดภาวะหลอดลมตีบแคบชั่วคราว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหอบ หายใจมีเสียงวี๊ด แน่นหน้าอก และไอ โดยเฉพาะในเวลากลางคืนหรือเช้ามืด โรคหืดเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ประมาณว่ามีผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกมากกว่า 262 ล้านคน และเสียชีวิตมากกว่า **455,000**รายต่อปี[1] เด็กเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางสูง เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันและระบบทางเดินหายใจยังไม่พัฒนาเต็มที่ จึงมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อมลพิษทางอากาศและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่[2]

มลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) ได้รับการยืนยันว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบของโรคหืด (asthma exacerbation) ในเด็ก งานวิจัยหลายชิ้นระบุว่าการเพิ่มขึ้นของความเข้มข้นของ $PM_{2.5}$ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากโรคหืด[3]ในการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ค่าเฉลี่ย $PM_{2.5}$ ที่ระดับเพียง 12 $\mu g/m^3$ ก็สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการหืดเฉียบพลันภายในสามวันหลังสัมผัส โดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับความรุนแรงของอาการ[4] กลไกทางพยาธิสรีรวิทยาที่ $PM_{2.5}$ มีผลต่อการกำเริบของโรคหืดเกี่ยวข้องกับการกระตุ้นการอักเสบของเยื่อบุหลอดลมผ่านสัญญาณ JAK-STAT6 ซึ่งส่งผลให้เกิดการหลั่งไซโตไคน์กลุ่ม Th2 ได้แก่ IL-5, IL-13 และ IL-1β เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดลม การสร้างเมือก และภาวะอักเสบของเนื้อเยื่อปอด[5]งานวิจัยในระดับเซลล์พบว่า $PM_{2.5}$ สามารถกระตุ้นเส้นทาง Notch1-GATA3 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้างเซลล์ภูมิคุ้มกันชนิด Th2 ที่มีบทบาทสำคัญในโรคหืด และ microRNA-139-5p อาจมีบทบาทในการยับยั้งการอักเสบจาก $PM_{2.5}$ ข้อมูลจากประเทศจีนยังพบว่าความเข้มข้นของ $PM_{2.5}$ ส่งผลให้การทำงานของปอด (FEV_1 และ FVC) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในฤดูร้อนและฤดูใบไม้ผลิ[7]

นอกจากมลพิษทางอากาศแล้วปัจจัยทางฤดูกาล (seasonal variation) มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีรายงานว่าฤดูฝนและฤดูหนาวเป็นช่วงที่มีอัตราการเข้ารับการรักษาสูงที่สุด เนื่องจากสภาพอากาศเย็นและความชื้นสูงเป็นตัวกระตุ้นการหดเกร็งของหลอดลมและเพิ่มโอกาสการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน[8] การศึกษาของ Kim และคณะ (2021) พบว่าค่าการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก (PEFR) ของเด็กโรคหืดลดลงอย่างมีนัยสำคัญในช่วงเดือนเมษายนและตุลาคม ซึ่งสอดคล้องกับช่วงที่มีค่าฝุ่นละอองสูงในหลายพื้นที่[9]

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่ มีทั้งเขตเมืองที่มีการจราจรหนาแน่นและเขตอุตสาหกรรม และพื้นที่ที่มีการเผาในที่โล่ง โดยเฉพาะในช่วงเดือนธันวาคมถึงเมษายนของทุกปี ทำให้ระดับ $PM_{2.5}$ สูงเกินค่ามาตรฐานหลายวันต่อเนื่อง สภาพอากาศดังกล่าวอาจเพิ่มโอกาสการกำเริบของโรคหืดในเด็กซึ่งเป็นกลุ่มอ่อนไหวทางสุขภาพมากที่สุด[10] ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างฤดูกาลและระดับการสัมผัส $PM_{2.5}$ ต่ออาการกำเริบของโรคหืดในเด็กในจังหวัดนครราชสีมา โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา จึงมีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจรูปแบบการเกิดโรคในบริบทท้องถิ่น เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ

เด็กในระดับชุมชนและระดับนโยบาย อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการบริหารจัดการคุณภาพอากาศที่เหมาะสมกับลักษณะภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อมของพื้นที่อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างฤดูกาลต่ออาการกำเริบของเด็กโรคหืด ในโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัส PM 2.5 ต่ออาการกำเริบของเด็กโรคหืด ในโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey Research by Cross-sectional study) อนุกรมเวลา (Time-series study) เพื่อประเมินผลกระทบระยะสั้นของการสัมผัส PM2.5 ต่อการเกิดอาการกำเริบของผู้ป่วยเด็กโรคหืด โรงพยาบาลเทพรัตน์ จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการศึกษานี้คือเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีการกำเริบของโรคหืด (Asthma Exacerbation) และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา (1 มกราคม พ.ศ. 2563 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567)

กลุ่มตัวอย่างคือเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด (Asthma) โดยอ้างอิงตามรหัส ICD-10 (J45-J46) และมีข้อมูลการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเทพรัตน์ ที่สามารถตรวจสอบได้จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้คำนวณขนาดตัวอย่างเพราะเป็นการศึกษาแบบ Time-series study จึงใช้ประชากรทั้งหมดในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา (1 มกราคม พ.ศ. 2563 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่มีอาการกำเริบของโรคหืด (Asthma Exacerbation) 2) อาการกำเริบเฉียบพลันของโรคหืด โดยครอบคลุมรูปแบบการรับบริการทางการแพทย์อย่างน้อย 1ใน 3ลักษณะต่อไปนี้ การเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน (Emergency Room; ER) และสามารถกลับบ้านได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังการรักษา,การเข้ารับการรักษาหรือพ่นยาขยายหลอดลมในรูปแบบผู้ป่วยนอก (Outpatient treatment) ,การเข้ารับการรักษาโดยจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล (Inpatient admission) เพื่อรับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 3) อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา(ตามที่อยู่ในประวัติผู้ป่วย) 4) ข้อมูลทางการแพทย์สมบูรณ์ เช่น วันที่เข้ารับการรักษา ประเภทการรักษา และการวินิจฉัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคทางเดินหายใจชนิดอื่นที่ไม่ใช่โรคหืด 2) ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกจังหวัดนครราชสีมาในช่วงเวลาที่ศึกษา

เครื่องมือการวิจัย

1. ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลสุขภาพได้มาจากฐานข้อมูลของ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการผู้ป่วยในจังหวัดนครราชสีมาและพื้นที่ใกล้เคียง โดยดึงข้อมูลย้อนหลังในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา จากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหืด (รหัส ICD-10: J45–J46)

2. ข้อมูลสิ่งแวดล้อม ข้อมูลสิ่งแวดล้อมด้านคุณภาพอากาศได้รับจาก สถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศของกรมควบคุมมลพิษ (Pollution Control Department: PCD) และ สถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศในจังหวัดนครราชสีมา โดยรวบรวมค่าฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) รายวัน ตลอดช่วงระยะเวลาศึกษาใช้ค่า เฉลี่ยรายวันของ $PM_{2.5}$ (Daily Mean Concentration) เป็นตัวแปรหลักในการวิเคราะห์ เพื่อสะท้อนระดับการสัมผัสมลพิษของประชากรในแต่ละวัน ในกรณีที่มีข้อมูลบางวันขาดหาย (Missing Data) จะใช้วิธีการ

ประมาณค่าทดแทน (Imputation Method) โดยใช้ค่าเฉลี่ยเคลื่อนที่ (Moving Average) หรือค่ามัธยฐานของวันก่อนหน้าและวันถัดไป เพื่อให้ข้อมูลมีความต่อเนื่องและลดความคลาดเคลื่อนในการวิเคราะห์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงพรรณนาใช้เพื่ออธิบายลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย โดยตัวแปรเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ ฤดูกาล ระดับความรุนแรงของอาการ อาการทางคลินิก และการมีโรคร่วม รายงานเป็นจำนวนและร้อยละ ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุและดัชนีมวลกาย ประเมินลักษณะการแจกแจงของข้อมูล หากข้อมูลมีการแจกแจงใกล้เคียงปกติจะรายงานเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แต่หากไม่เป็นปกติจะรายงานเป็นค่ามัธยฐานและช่วงพิสัยควอไทล์ การเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลและกลุ่มที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ และใช้ independent t-test หรือ Mann–Whitney U test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณตามความเหมาะสม

ความสัมพันธ์ระหว่างฤดูกาลกับจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีอาการกำเริบ การวิเคราะห์อนุกรมเวลาโดยใช้แบบจำลองเชิงเส้นทั่วไป (Generalized Linear Model; GLM) ด้วยการแจกแจงแบบ Poisson และฟังก์ชันเชื่อมโยงแบบลอการิทึม (log link) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างฤดูกาลกับจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีอาการกำเริบรายวัน โดยปรับควบคุมตัวแปรด้านเวลา ได้แก่ ลำดับวัน (day), เดือน (month), ปี (year) และวันในสัปดาห์ (day of week) เพื่อควบคุมอิทธิพลของแนวโน้มเชิงเวลาและความแปรปรวนตามปฏิทิน และใช้ robust standard errors เพื่อแก้ปัญหา overdispersion

การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัส $PM_{2.5}$ กับการนอนรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression) แยกตามกลุ่มอายุ (<5 ปี และ 5–15 ปี) โดยประเมินผลของ $PM_{2.5}$ ในแต่ละช่วงเวลา (Lag 0–4 วัน) และรายงานค่า Odds Ratio (OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุปัจจัย (Multivariable logistic regression) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการหืดระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยตัวแปรอิสระหลักคือค่าเฉลี่ย $PM_{2.5}$ ย้อนหลัง 3 วัน (3-day lag) ฤดูกาล อายุ (Age), เพศ (Sex), ดัชนีมวลกาย (BMI), การมีโรคร่วม (Co-morbid), อาการไอ (Cough), อาการหอบเหนื่อย (Dyspnea), อาการไข้ (Fever), และอาการมีน้ำมูก (Runny nose) เพื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยร่วมทางคลินิกและลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย ผลการวิเคราะห์ทางสถิติทั้งหมดรายงานพร้อมค่าช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย NRPH001 ลงวันที่รับรอง 6 มกราคม 2568

ผลการศึกษา

จากข้อมูลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีอาการกำเริบซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2567 จำนวนทั้งหมด 479 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล 279 ราย (58.2%) และกลุ่มที่ ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล 200 ราย (41.8%) ค่าเฉลี่ยอายุของผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ที่ 6.54 ± 3.27 ปี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม ($p = 0.65$) เพศชายมีสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิงด้านภาวะร่วม (Comorbidity) พบว่า กลุ่มที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลมีภาวะโรคร่วมสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (31.5% เทียบกับ 18.5%; $p < 0.01$) ส่วนอาการที่พบบ่อยในขณะมารับการรักษาคือ ไอ (ร้อยละ 65.4) และ หอบเหนื่อย (ร้อยละ 65.8) โดยพบอัตราการมีอาการไอและหอบในกลุ่มที่ต้องนอนโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มไม่ต้องนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เมื่อ

พิจารณาความรุนแรงของโรค พบว่ากลุ่มนอนโรงพยาบาลมีสัดส่วนของอาการระดับ รุนแรงถึงปานกลางสูงถึงร้อยละ 97 ในขณะที่กลุ่มไม่ต้องนอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีอาการระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ($p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

แนวโน้มรายเดือนและฤดูกาลของการกำเริบของโรคหืด (Seasonal Trend of Exacerbations) จาก ภาพที่ 1 แสดงแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีอาการกำเริบรายเดือน พบว่าอัตราการมารับการรักษามีแนวโน้มสูงสุดในช่วง เดือนธันวาคมถึงกุมภาพันธ์ ซึ่งเป็นช่วงฤดูหนาวของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีแนวโน้มต่ำสุดในช่วงเดือนเมษายนถึงมิถุนายน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามฤดูกาลผลการวิเคราะห์พบว่า หลังการปรับควบคุมตัวแปรด้านเวลาแล้ว ทั้งฤดูฝนและฤดูหนาวมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิดอาการกำเริบของโรคหืดในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับฤดูร้อน (Incidence Rate Ratio; IRR = 1.26, 95% CI = 1.07–1.48, p = 0.005) (IRR = 1.18, 95% CI = 1.01–1.40, p = 0.041) ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับค่าความเข้มข้นเฉลี่ยของฝุ่น $PM_{2.5}$ รายเดือนจาก ภาพที่ 2 ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงสุดในช่วงเดือนธันวาคมถึงมีนาคม โดยเฉลี่ยเกิน 50 µg/m³ ซึ่งสูงกว่าค่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่กำหนดไว้ 15 µg/m³

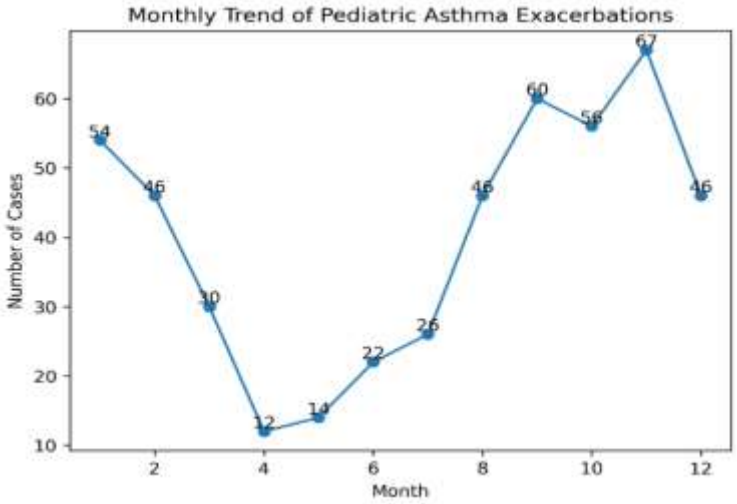
เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) กับการนอนรักษาในโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคหืด พบว่า ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ระดับ $PM_{2.5}$ ในวันเดียวกัน (Lag 0) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทุกการเพิ่มขึ้นของ $PM_{2.5}$ 1 µg/m³ ทำให้ (Odds Ratio; OR) ของการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 (OR = 1.05, 95% CI = 1.00–1.09; p = 0.032) (ตารางที่ 3)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุปัจจัย พบว่า ระดับฝุ่น $PM_{2.5}$ ในช่วง 3 วันก่อนหน้า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดอาการหืดระดับปานกลางถึงรุนแรงในผู้ป่วยเด็ก (OR = 1.03, 95% CI = 1.00–1.06, p = 0.040) หลังปรับควบคุมตัวแปรด้านอายุ เพศ ดัชนีมวลกาย โรคร่วม และอาการทางคลินิกอื่นแล้ว ดังตารางที่ 4

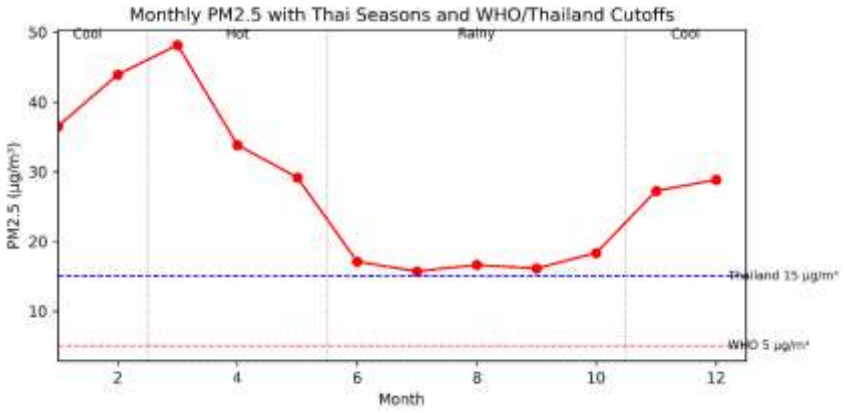
ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีอาการกำเริบ แยกตามการนอนรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2567

ตัวแปร	ไม่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล (n = 279)	นอนรักษาในโรงพยาบาล (n = 200)	p-value
Age(years), mean±SD	6.59±3.13	6.46±3.43	0.65
Sex,n(%)			0.58
Male	203 (72.76)	150 (75.0)	
female	76 (27.24)	50 (25.0)	
BMI, mean±SD	19.26±5.27	19.30±8.02	0.94
Co-morbid	88 (31.54)	37 (18.50)	<0.01
อาการที่พบ			
ไอ	154 (55.20)	158 (79.00)	<0.01
หอบ	152 (54.48)	159 (79.50)	<0.01
ไข้	57 (20.43)	78 (39.0)	<0.01
น้ำมูก	51 (18.28)	31 (15.50)	0.42

ฤดูกาลที่กำเริบ			0.34
ฤดูร้อน	45 (16.13)	23 (11.50)	
ฤดูฝน	117 (41.94)	91 (45.50)	
ฤดูหนาว	117 (41.94)	86 (43.0)	
ระดับอาการ			<0.01
เล็กน้อย	83 (29.75)	6 (3.0)	
ปานกลาง	179 (64.16)	88 (44.0)	
รุนแรง	17 (6.09)	106 (53.0)	



ภาพที่ 1 แนวโน้มการเกิดอาการกำเริบของโรคหืดในผู้ป่วยเด็กจำแนกรายเดือน ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2567



ภาพที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยความเข้มข้นฝุ่นละออง $PM_{2.5}$ รายเดือนตลอดช่วงระยะเวลาศึกษา

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างฤดูกาลกับการเกิดอาการกำเริบของโรคหืดในเด็ก โดยการวิเคราะห์อนุกรมเวลาโดยใช้แบบจำลองเชิงเส้นทั่วไป (Generalized Linear Model; GLM) ด้วยการแจกแจงแบบ Poisson

Season	IRR	95% CI	p-value
ฤดูร้อน	–	–	–
ฤดูฝน	1.26	1.07-1.48	<0.01
ฤดูหนาว	1.18	1.01-1.40	0.04

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) กับการนอนรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำแนกตามกลุ่มอายุ

Variable	under 5 years			5-15 years		
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
$PM_{2.5}$ ในวันเดียวกัน (Lag 0)	1.05	1.00–1.09	0.032	0.98	0.94–1.03	0.416

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ multiple logistic regression ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการหืดระดับปานกลางถึงรุนแรงในผู้ป่วยเด็กโรคหืด

ตัวแปร	Adjust OR	(95% CI)	p-value
ระดับฝุ่น $PM_{2.5}$ ช่วง 3 วันก่อนหน้า	1.03	1.00 – 1.06	0.040
ฤดูฝน เทียบฤดูร้อน	0.63	0.25 – 1.62	0.338
ฤดูหนาว เทียบฤดูร้อน	0.73	0.34 – 1.58	0.424

**หมายเหตุ: แบบจำลองถดถอยโลจิสติกพหุปัจจัยได้ปรับควบคุมตัวแปร อายุ (Age), เพศ (Sex), ดัชนีมวลกาย (BMI), การมีโรคร่วม (Co-morbid), อาการไอ (Cough), อาการหอบเหนื่อย (Dyspnea), อาการไข้ (Fever), และอาการมีน้ำมูก (Runny nose) เพื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยร่วมทางคลินิกและลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย*

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างฤดูกาลและระดับการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$) ต่อการเกิดอาการกำเริบของโรคหืดในเด็กที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2567ผลการศึกษาพบว่า อัตราการกำเริบของโรคหืดในเด็กมีแนวโน้มสูงสุดในฤดูหนาวและฤดูฝน โดยเฉพาะเดือนธันวาคมถึงกุมภาพันธ์ ซึ่งเป็นช่วงที่มีค่าความเข้มข้นเฉลี่ยของ $PM_{2.5}$ เกินมาตรฐานองค์การอนามัยโลก (WHO) ที่กำหนดไว้ 15 $\mu g/m^3$ อย่างต่อเนื่องหลายวัน

การวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยใช้แบบจำลองเชิงเส้นทั่วไปสำหรับข้อมูลอนุกรมเวลา (Poisson GLM) หลังปรับควบคุมปัจจัยด้านเวลา ได้แก่ ลำดับวัน เดือน ปี และวันในสัปดาห์ พบว่า ทั้งฤดูฝนและฤดูหนาวมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการเกิดอาการกำเริบของโรคหืดในเด็กเมื่อเทียบกับฤดูร้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยฤดูฝนมีค่าอัตราอุบัติการณ์สัมพัทธ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 26 (IRR = 1.26, 95% CI = 1.07–1.48, p = 0.005) และฤดูหนาวมีค่าอัตราอุบัติการณ์สัมพัทธ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 18 (IRR = 1.18, 95% CI = 1.01–1.40, p = 0.041) ผลดังกล่าวสะท้อนว่า เมื่อควบคุมความผันผวนตามปฏิทินและแนวโน้มเชิงเวลาแล้ว อิทธิพลของฤดูกาลต่อการกำเริบของโรคหืดในเด็กมีความชัดเจนมากขึ้น สอดคล้องกับ Bilheem et al. (2022)[11] ที่ศึกษาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางอุตุนิยมวิทยามลพิษทางอากาศ และอัตราการมารับบริการของผู้ป่วยโรคหืดในจังหวัดสงขลาซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมกับอัตราการเกิดโรคหืดในจังหวัดสงขลาโดยพบว่าอัตราการมารับบริการของผู้ป่วยโรคหืดสูงที่สุดในช่วงเดือนมิถุนายนถึงธันวาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน อาจอธิบายได้จากอิทธิพลร่วมของความชื้นสัมพัทธ์สูง การเพิ่มขึ้นของการติดเชื้อทางเดินหายใจ และสารก่อภูมิแพ้ในอากาศที่กระตุ้นการอักเสบของหลอดลมอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับ Abate Bekele Belachew[12]ฤดูหนาวที่หนาวเย็นโดยมีอุณหภูมิเฉลี่ยต่ำกว่าปกติ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหอบหืด อย่างไรก็ตามอากาศเย็นสามารถกระตุ้นการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดลม เพิ่มความไวของทางเดินหายใจต่อสิ่งกระตุ้น และลดประสิทธิภาพของกลไกการป้องกันในระบบทางเดินหายใจ นอกจากนี้ ในบริบทของภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ฤดูหนาวยังเป็นช่วงที่มีการสะสมของมลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็กจากการเผาในที่โล่งและการจราจร ซึ่งอาจทำงานร่วมกับปัจจัยด้านอุณหภูมิในการเพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืดในเด็ก

ผลการศึกษายังพบว่าในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ระดับ $PM_{2.5}$ ในวันเดียวกัน (Lag 0) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (OR = 1.05, 95% CI = 1.00–1.09, p = 0.032) ขณะที่ในกลุ่มอายุ 5–15 ปี ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (p > 0.05) สอดคล้องกับ ซึ่งศึกษาผลของการสัมผัส $PM_{2.5}$ ระยะสั้นต่อการกำเริบของโรคหืดในเด็กอายุต่ำกว่า 9 ปีในรัฐแมสซาชูเซตส์ สหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ระบบทางเดินหายใจยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ มีความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคหืดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 1.08, 95% CI = 1.01–1.15) แม้ในพื้นที่ที่ระดับ $PM_{2.5}$ ค่อนข้างต่ำก็ตาม[13] สอดคล้องกับ hen และคณะ (2025) ซึ่งศึกษาในเมืองเฉิงตู ประเทศจีน พบว่าการเพิ่มขึ้นของค่า $PM_{2.5}$ เฉลี่ย 10 $\mu g/m^3$ ภายใน 5 วันก่อนหน้า (lag 0–4) เพิ่มการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากโรคหืดในเด็กถึง 2.07% โดยเฉพาะในกลุ่มอายุต่ำกว่า 7 ปี [14]ในทางการแพทย์เด็ก สามารถอธิบายได้ว่า ระบบทางเดินหายใจของเด็กเล็กมีลักษณะเฉพาะคือ ขนาดของหลอดลมที่แคบกว่า ความยาวของระบบทางเดินหายใจสั้นกว่า และมีอัตราการหายใจต่อมวลกายสูงกว่าผู้ใหญ่ ส่งผลให้ ปริมาณฝุ่นละอองที่เข้าสู่ปอดต่อวันสูงกว่าเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว นอกจากนี้ เยื่อบุหลอดลมของเด็กเล็กยังมีความไวต่อการอักเสบ และระบบภูมิคุ้มกันยังไม่พัฒนาเต็มที่ ทำให้เมื่อได้รับอนุภาคฝุ่น $PM_{2.5}$ ซึ่งมีขนาดเล็กพอที่จะทะลุถึงระดับถุงลม เกิดการอักเสบเฉียบพลันและการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดลมได้ง่ายกว่าเด็กโต ผลดังกล่าวสะท้อนว่า กลุ่มเด็กเล็กจึงเป็นช่วงวัยที่เปราะบางต่อผลกระทบของ $PM_{2.5}$

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุปัจจัยในครั้งนี้พบว่า ระดับ $PM_{2.5}$ ในช่วง 3 วันก่อนหน้า (3-day lag) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดอาการหืดระดับปานกลางถึงรุนแรง (Adjusted OR = 1.03, 95% CI = 1.00–1.06, p = 0.040) หลังควบคุมตัวแปรอายุ เพศ ดัชนีมวลกาย โรคร่วม และอาการทางคลินิก ซึ่งผลนี้จากหลักฐานดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า $PM_{2.5}$ เป็นปัจจัยแวดล้อมที่มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นการกำเริบของโรคหืดในเด็ก ทั้งในระดับประเทศกำลังพัฒนาและประเทศพัฒนาแล้ว โดยผลกระทบมีลักษณะชัดเจนภายในช่วงเวลาไม่กี่วันหลังการสัมผัส (lag effect) ซึ่งสอดคล้องกับกลไกทางสรีรวิทยาที่ $PM_{2.5}$ สามารถกระตุ้นการอักเสบของหลอดลมและเพิ่มความไวต่อสารก่อภูมิแพ้ได้ภายใน 24–72 ชั่วโมงหลังการสัมผัส

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษามีลักษณะเป็นแบบย้อนหลัง (Retrospective) ทำให้ไม่สามารถระบุความเป็นเหตุและผลได้โดยตรง

2. การใช้ข้อมูล $PM_{2.5}$ เฉลี่ยรายวันอาจไม่สะท้อนการสัมผัสเฉพาะบุคคล เนื่องจากไม่ได้วัดในพื้นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโดยตรง

3. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมอื่น เช่น โอโซน (O_3), ไนโตรเจนไดออกไซด์ (NO_2), หรือสภาพอุตุนิยมวิทยา (อุณหภูมิ ความชื้น ลม) ไม่ได้ถูกรวมในแบบจำลอง

4. ไม่สามารถควบคุมความแตกต่างทางพฤติกรรมของผู้ปกครองและการใช้ยาควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยแต่ละรายได้

สรุป

ในเชิงนโยบายสาธารณสุข ควรนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาและดำเนินการระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยคุณภาพอากาศสำหรับเด็กโรคหืดในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษในช่วงฤดูฝนและฤดูหนาว ซึ่งเป็นฤดูกาลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการกำเริบของโรคหืด การบูรณาการข้อมูลด้านฤดูกาลและระดับฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5

ไมครอน ($PM_{2.5}$) เข้ากับระบบบริการสุขภาพจะช่วยให้สามารถวางแผนการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาทิ การจัดทำระบบแจ้งเตือนล่วงหน้าสำหรับผู้ปกครองและสถานพยาบาล การปรับแผนการรักษาและการติดตามอาการในช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการให้คำแนะนำด้านพฤติกรรมเพื่อลดการสัมผัสมลพิษทางอากาศในเด็ก นอกจากนี้ควรกำหนดมาตรการคุ้มครองกลุ่มเสี่ยงสูงได้แก่ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและเด็กที่มีความไวต่อสิ่งกระตุ้นเป็นพิเศษ เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและฤดูกาลต่อสุขภาพระบบทางเดินหายใจของเด็ก และสามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ การวางแผนกำลังคน และการกำหนดมาตรการเฝ้าระวังด้านมลพิษทางอากาศในระดับพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับการป้องกัน ลดความรุนแรงของโรค และลดภาระโรคหืดในเด็กอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาติดตามแบบกลุ่มตัวอย่างในอนาคต (Prospective Cohort Study) เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่าง $PM_{2.5}$ และการกำเริบของโรคหืดในเด็ก รวมทั้งควรรวมตัวแปรด้านสภาพอุตุนิยมวิทยาและสารมลพิษอื่นในแบบจำลอง เช่น PM_{10}, NO_2, SO_2 และ O_3 นอกจากนี้การใช้เทคโนโลยีติดตามการสัมผัสมลพิษแบบรายบุคคล (Personal exposure monitoring) และการวัด Biomarkers ของการอักเสบ เช่น IL-5, IL-13, eNO จะช่วยอธิบายกลไกทางชีวภาพได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Asthma [Internet]. [cited 2026 Jan 15]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma
2. Aithal SS, Sachdeva I, Kurmi OP.(2023). Air quality and respiratory health in children. Breathe. 2023 Jun;19(2):230040.
3. Zhang Y, Xu X, Zhang G, Li Q, Luo Z.(2023). The association between PM2.5 concentration and the severity of acute asthmatic exacerbation in hospitalized children: A retrospective study in Chongqing, China. Pediatr Pulmonol. 2023 Oct;58(10):2733–45.
4. Chankaew K, Sinitkul R, Manuyakorn W, Roekworachai K, Kamalaporn H.(2022). Spatial Estimation of PM2.5 Exposure and its Association with Asthma Exacerbation: A Prospective Study in Thai Children. Ann Glob Health. 2022;88(1):15.
5. Yang Y, Li X, An X, Zhang L, Li X, Wang L, et al.(2020). Continuous exposure of PM2.5 exacerbates ovalbumin-induced asthma in mouse lung via a JAK-STAT6 signaling pathway. Adv Clin Exp Med Off Organ Wroclaw Med Univ. 2020 Jul;29(7):825–32.
6. Huang J, Hu Y, Wang Y, Jin Z.(2024). Activation of Notch1-GATA3 pathway in asthma bronchial epithelial cells induced by acute PM2.5 exposure and the potential protective role of microRNA-139-5p. J Asthma Off J Assoc Care Asthma. 2024 Sep;61(9):959–69.
7. Zhou J, Lei R, Xu J, Peng L, Ye X, Yang D, et al.(2022). The Effects of Short-Term PM2.5 Exposure on Pulmonary Function among Children with Asthma-A Panel Study in Shanghai, China. Int J Environ Res Public Health. 2022 Sep 9;19(18):11385.
8. Hwang JK, Na JY, Lee KS, Oh JW, Choi YJ.(2023). Seasonal differences in the effects of local concentrations of atmospheric substances and meteorological elements on asthma exacerbation of children in metropolitan area, Korea: A 13-year retrospective single-center study. Front Pediatr [Internet]. 2023 Apr 28 [cited 2026 Jan

15];11. Available from: https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2023.1028901/full

9. Kim M, Kim YM, Lee JY, Yang HK, Kim H, Ahn S, et al.(2021). Seasonal and monthly variation in peak expiratory flow rate in children with asthma. Asia Pac Allergy. 2021 Apr;11(2):e19.
10. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา.(2566). รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. นครราชสีมา; 2566.
11. Bilheem S, Choosong T, Sriplung H, Eungpoonsawat W, Kongkamol C, Ingviya T, et al.(2021). The Spatio-temporal Epidemiology of Asthma Patient Visits in Relation to Meteorological Parameters and Air Pollution Factors as a Result of Seasonal Change in Songkhla Province. J Health Sci Med Res. 2021 Nov 5;40(1):67–84.
12. Belachew AB, Rantala AK, Jaakkola MS, Hugg TT, Ruuhela R, Kukkonen J, et al.(2023). Effect of cold winters on the risk of new asthma: a case-crossover study in Finland. Occup Environ Med. 2023 Dec 1;80(12):702–5.
13. Khalili R, Bartell SM, Hu X, Liu Y, Chang HH, Belanoff C, et al.(2018). Early-life exposure to PM2.5 and risk of acute asthma clinical encounters among children in Massachusetts: a case-crossover analysis. Environ Health. 2018 Feb 21;17:20.
14. Chen Z, Zhang L, Ai T, Fan Y, Liu Y, Wang L, et al.(2025). Air Pollution and Childhood Asthma Hospitalizations in Chengdu, China: A Time-Series Study. J Asthma Allergy. 2025 Feb 17;18:229–43.

การประเมินผลรูปแบบการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากจังหวัดเชียงราย

Evaluation of Oral Potentially Malignant Disorders and Oral Cancer Screening; Chiang Rai Model.

(Received: February 28,2026 ; Revised: March 2,2026 ; Accepted: March 7,2026)

กานต์สุดา อินทจักร์[1] รุจิรา แสนดี[1]
Kansuda Inthajark[1] Ruchira Sandee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสภาพปัจจุบันและปัญหาการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากของจังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2568 นำไปพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการคัดกรอง ให้เหมาะสมกับบริบทปัจจุบัน ใช้กระบวนการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ทันตบุคลากรผู้มีบทบาทเกี่ยวข้องในการดำเนินงานคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปาก จำนวน 46 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และการประชุมถอดบทเรียน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า ด้านบริบทและด้านผลผลิต คะแนนรวมอยู่ในระดับมาก (mean 4.1 SD 0.9 และ mean 3.7 SD 1.0 ตามลำดับ) ด้วยการนำนโยบายการคัดกรองสู่การปฏิบัติและกำกับอย่างต่อเนื่อง ทันตบุคลากรตระหนักถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยหากตรวจพบรอยโรคตั้งแต่ระยะแรก และได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายของกระทรวง ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการ คะแนนรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean 3.2 SD 1.0 และ mean 3.4 SD 1.0 ตามลำดับ) ด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยตรวจพบรอยโรคของเครือข่ายทันตบุคลากรจังหวัดเชียงราย ชัดเจน สะดวก เหมาะสม ทันตแพทย์เฉพาะทางเพียงพอต่อการให้คำปรึกษา ทันตบุคลากรมีความรู้และทักษะเพียงพอในการตรวจคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากเบื้องต้น สามารถนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาครบถ้วนต่อเนื่อง โดยสรุป รูปแบบการดำเนินงานคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากจังหวัดเชียงราย สามารถคัดกรองพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก ปีงบประมาณ 2565 ถึง 2567 เฉลี่ย 4.5 รายต่อแสนประชากร

คำสำคัญ : คัดกรอง, มะเร็งช่องปาก, การประเมินผล

Abstract

This survey research aimed to assess current status of the oral potentially malignant disorders; PMDs and oral cancer screening in Chiang Rai province, B.E 2011 to 2025, in order to improve the screening model to be the current context appropriation. The sample group was 46 dental personnel that involved in the screening processes. The CIPP model was to be used. The data was collected by questionnaires and in-depth interviews and lesson learned meeting. That was analyzed with descriptive statistics, including frequency distribution and percentage.

The results showed that the overall scores for the context and product aspects were high level (mean 4.1, SD 0.9 and mean 3.7, SD 1.0, respectively). This was attributed to the continuous implementation and supervision of screening policies. Dental personnel recognized in quality of life of the patients when lesions were early detected, and achieved goals. The overall scores for the input and process aspects were moderate level (mean 3.2, SD 1.0 and mean 3.4, SD 1.0, respectively). The referral system of Chiang Rai dental team was convenient, and appropriated. There were sufficient specialist dentists for consultation. The knowledge and skills of dental personnel had adequate to perform initial high-risk lesions screening and effectively guideline to manage the patients. In summary, the oral PMDs and oral cancer screening model in Chiang Rai province identified an average incidence of oral PMDs at 4.5 cases per 100,000 population from 2022 to 2024.

KEYWORDS: screening, oral cancers, evaluation

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ ประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้จัดมะเร็งช่องปากเป็นปัญหาสำคัญลำดับที่ 13 จากมะเร็งตำแหน่งอื่นๆ ทั่วโลก โดยในปี ค.ศ.2023 มีรายงานพบผู้ป่วยรายใหม่ 377,713 ราย และเสียชีวิต 177,757 ราย[1] สำหรับประเทศไทย จากทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบมะเร็งช่องปากเป็นอันดับ 5 ในเพศชาย ตรวจพบ 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.2 และพบเป็นลำดับ 8 ในเพศหญิง ตรวจพบ 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.4 โดยร้อยละ 95 ของมะเร็งช่องปากเป็นชนิดสควอมัสเซลล์ คาร์ซิโนมา (oral squamous cell carcinoma)[2] ซึ่งเป็นมะเร็งช่องปากที่พบได้บ่อย สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะรอยโรคก่อนมะเร็ง แต่มักตรวจพบในระยะท้าย การรักษามักมีผลข้างเคียงซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย มีพยากรณ์โรคที่ไม่ดีส่งผลให้เกิดความพิการ และเสียชีวิตในที่สุด[3,4] องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความจาก Oral precancerous lesion/condition เป็น Oral Potentially Malignant Disorders; PMDs ในปี ค.ศ. 2005[5] โดยรอยโรคที่จัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติเสี่ยงมะเร็งช่องปากโดยองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2020 มี 11 ชนิดคือ ลิวโคเพลเคีย (leukoplakia), อีริโทรเพลเคีย (erythroplakia), ซับมิวคัสไฟโบรซิสช่องปาก (oral submucous fibrosis), ไลเคนแพลนัส (lichen planus), ดิสคอยด์ลูพัสอีริทิมาโตซัส (discoid lupus erythematosus) เป็นต้น[6] การสร้างระบบเพื่อคัดกรองรอยโรคโดยเฉพาะในภาครัฐเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการ หวังผลลดการเจ็บป่วย (morbidity) และการตาย (mortality) เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย ต้นทุนต่ำ และมีประสิทธิภาพ[7-10] การออกแบบระบบคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากนั้น ควรคำนึงถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการคัดกรองของประชาชน การปรับเทียบมาตรฐานบุคลากร ความแม่นยำเครื่องมือที่ใช้คัดกรอง การออกแบบกำกับกระบวนการคัดกรอง และการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน[11]

จังหวัดเชียงรายดำเนินการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 เป็นต้นมา เครือข่ายประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 17 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่มีทันตาภิบาล 58 แห่ง เพื่อค้นหารอยโรคในระยะเริ่มแรก นำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็ว หวังผลคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ซึ่งยังพบอุบัติการณ์รอยโรคมะเร็งช่องปากระยะสามถึงสี่จากข้อมูลเชิงรับ (hospital base)[12] กอปร ด้วยในปี พ.ศ.2565 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรองมะเร็งช่องปาก[13] พร้อมมีนโยบายกำกับตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาสุขภาพช่องปากของจังหวัดเชียงราย ให้โรงพยาบาลแม่ข่ายมีการจัดบริการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สาขาสุขภาพช่องปากด้านมะเร็งช่องปาก จึงควรได้ประเมินผลการดำเนินโครงการ (Project Evaluation) ของจังหวัดเชียงราย

โดยทั่วไปการประเมินผลโครงการอาจเป็นการประเมินก่อนดำเนินโครงการ ประเมินระหว่างดำเนินโครงการ หรือประเมินหลังโครงการ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การประเมิน ซึ่งเครื่องมือที่นำมาใช้มีหลายรูปแบบ เช่น แบบจำลองที่ยึดความสำเร็จของจุดมุ่งหมายเป็นหลัก (Tyler's Goal Attainment Model), แบบจำลองที่เน้นการประเมินด้านคุณภาพของโครงการ (Stake's Countenance Model) หรือแบบจำลองที่ประเมินครอบคลุมทุกด้านของโครงการ (CIPP Model) เป็นต้น[14-15] การวิจัยครั้งนี้ใช้โมเดลการประเมินแบบซิปป์ (CIPP Model) เนื่องจากสามารถประเมินแบบภาพรวมได้ครอบคลุมทุกด้าน ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการ และมีข้อมูลย้อนกลับทันทีสำหรับผู้บริหารและผู้มีอำนาจตัดสินใจในการดำเนินโครงการ[16,17] โดยกรอบการประเมิน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบริบท (Context Evaluation: C) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I) ด้านกระบวนการ (Process Evaluation: P) และด้านผลผลิต (Product Evaluation: P)

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินสภาพปัจจุบันและปัญหาการดำเนินงานคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากของจังหวัดเชียงราย ณ ปีงบประมาณ 2568

วิธีการศึกษา

รูปแบบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้กรอบการประเมินตามแบบจำลองซิปป์ เพื่อประเมินการดำเนินงานคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากของจังหวัดเชียงรายให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของกระบวนการดำเนินงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 46 คน ได้แก่ 1) หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย 2) หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน 18 อำเภอ 4) ทันตแพทย์ผู้รับผิดชอบงานคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปาก อำเภอละ 1 คน 5) ทันตแพทย์สาขาแม็กซิลโลเฟเชียลและทันตแพทย์สาขาเวชศาสตร์ช่องปาก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ 6) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือนักวิชาการสาธารณสุข อำเภอละ 1 คน และ 7) ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลสุขภาพช่องปากจังหวัดเชียงราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมถอดบทเรียน โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) ซึ่งพัฒนาปรับปรุงจากการศึกษาของลลนา ถาคำฟู และคณะ[18] ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานด้านการคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปากจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.87 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) วิเคราะห์แยกตามองค์ประกอบของโมเดล CIPP พบว่า ด้านบริบท (Context) มีค่า α = 0.95 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) α = 0.78 ด้านกระบวนการ (Process) α = 0.89 และด้านผลผลิต (Product) α = 0.88 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.70 ทุกด้าน แสดงว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจริงเป็นแบบให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและเขียนตอบด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) การประเมินผลการดำเนินงานคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากตามแบบจำลองซิปป์ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามมาตราลิเคิร์ต (Likert scale)[19] 3) คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและรายละเอียดของแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์และประชุมถอดบทเรียนทันตบุคลากรทั้ง 18 อำเภอ โดยแบ่งกลุ่มการประชุมออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทันตแพทย์หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาล 2) ทันตแพทย์ผู้รับผิดชอบงานคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปาก และ 3) ผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการถอดรหัสข้อมูล จัดกลุ่มประเด็นย่อย และสังเคราะห์เป็นประเด็นหลักตามองค์ประกอบของโมเดล CIPP พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย รหัสโครงการวิจัย CRPPHO142/2567

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มศึกษา

กลุ่มศึกษาทั้งหมด 46 คน เป็นทันตแพทย์ จำนวน 27 คน ร้อยละ 59 ทันตาภิบาล จำนวน 19 คน ร้อยละ 41 ทันตแพทย์บางส่วนมีบทบาททั้งหัวหน้าและผู้รับผิดชอบงาน ทันตบุคลากรปฏิบัติงานโรงพยาบาล จำนวน 31 คน ร้อยละ 67 ทันตาภิบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งถ่ายโอนไปองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด จำนวน 13 คน ร้อยละ 29 ทันตาภิบาลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน ร้อยละ 2 ทันตาภิบาลผู้รับผิดชอบงานข้อมูลสุขภาพช่องปาก จังหวัดเชียงราย จำนวน 1 คน ร้อยละ 2 กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 61 มีประสบการณ์คัดกรองตั้งแต่สามปีขึ้นไป ร้อยละ 87 ปฏิบัติคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก และร้อยละ 74 มีประสบการณ์ส่งต่อผู้ป่วยรอยโรคช่องปาก

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยด้านบริบท

Context	Mean	SD	meaning
- การรับรู้นโยบายในการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากของจังหวัด	3.8	1.1	มาก
- นโยบายในการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากในระดับจังหวัดมีความเหมาะสม สามารถแก้ไขปัญหาในพื้นที่ เพื่อลดความรุนแรงของโรค	3.9	0.9	มาก
- นโยบายในการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เป็นไปได้	4.0	1.0	มาก
- ตระหนักถึงการตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากได้ตั้งแต่ระยะแรก จะมีพยากรณ์โรคที่ดี เพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วย	4.6	0.8	มากที่สุด
- หน่วยงานมีการกำหนดแนวทาง เป้าหมายและกลุ่มเป้าหมาย ในการดำเนินงานคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากที่ชัดเจน	4.0	1.0	มาก
- ระบบให้คำปรึกษาของจังหวัดเชียงรายครอบคลุมทุกสิทธิการรักษาของผู้ป่วย	4.2	0.8	มาก
- ระบบให้คำปรึกษาของจังหวัดเชียงราย เหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึง	4.1	0.8	มาก
- ชุดสิทธิประโยชน์ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติช่วยส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานในพื้นที่	4.0	0.7	มาก
คะแนนเฉลี่ยรวม	**4.1**	**0.9**	**มาก**

ผลการประเมินด้านบริบท

คะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1) โดยหัวข้อคะแนนระดับมากที่สุดคือ ทันตบุคลากรตระหนักถึงการตรวจพบรอยโรคได้ตั้งแต่ระยะแรก นำไปสู่การมีพยากรณ์โรคที่ดีและเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วย หัวข้อคะแนนระดับมากคือ ระบบให้คำปรึกษาของจังหวัดเชียงรายครอบคลุมทุกสิทธิการรักษาของผู้ป่วย เหมาะสม และสะดวกต่อการเข้าถึง รวมถึงชุดสิทธิประโยชน์ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติช่วยส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานในพื้นที่ สำหรับประเด็นนโยบายในการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากนั้น มีหัวข้อคะแนนระดับมากคือ การกำหนดนโยบายที่มีวัตถุประสงค์ชัดเจนเป็นไปได้ หน่วยงานมีการกำหนดแนวทาง เป้าหมายและกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากที่ชัดเจน นโยบายในระดับจังหวัดมีความเหมาะสม สามารถแก้ไขปัญหาในพื้นที่ เพื่อลดความรุนแรงของโรค และทันตบุคลากรรับรู้ถึงนโยบายในการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากของจังหวัด จากการเชื่อมโยงระดับการวิเคราะห์ข้อมูล (ไดอะแกรมที่ 2) ประเด็นหลักด้านบริบท พบว่า นโยบายและความตระหนักเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญของการดำเนินงาน โดยพบข้อจำกัดเชิงบริบทและความคุ้มค่าในประเด็นย่อย ด้วยภาระ

งานและปริมาณผู้ป่วยที่มาก ไม่สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้ครอบคลุม และไม่มั่นใจถึงความคุ้มค่าในการตรวจคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งเชิงรุก เนื่องจากมักพบความชุกที่ไม่มากเมื่อคำนึงถึงภาระที่ต้องจัดบริการ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงสิทธิคัดกรอง

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยด้านปัจจัยนำเข้า

Input	Mean	SD	meaning
- จำนวนทันตแพทย์/ทันตแพทย์เฉพาะทาง เพียงพอต่อการให้คำปรึกษา	3.8	0.9	มาก
- ความรู้และทักษะเพียงพอ สามารถตรวจคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากเบื้องต้น	3.6	1.0	มาก
- กิจกรรมทบทวนองค์ความรู้ พัฒนาการตรวจคัดกรองแก่ทันตบุคลากรเหมาะสมเพียงพอ	3.4	0.9	ปานกลาง
- สนับสนุน งบประมาณ/ค่าตอบแทน เพียงพอต่อการดำเนินงาน	3.1	0.9	ปานกลาง
- สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เพียงพอต่อการดำเนินงาน	3.3	1.0	ปานกลาง
- ใช้นวัตกรรมช่วยคัดกรองรอยโรคในเบื้องต้น เช่น AI, Oral cancer application	2.2	0.9	น้อย
- นำนวัตกรรมมาเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปาก	2.5	1.0	น้อย
- ระบบการจัดการผู้ป่วยร่วมกันระดับจังหวัดเป็นเครือข่าย ชัดเจน	3.8	1.2	มาก
- ระบบการจัดการผู้ป่วยร่วมกันระดับจังหวัดเป็นเครือข่าย สะดวก เหมาะสมต่อการดำเนินงาน	3.8	1.1	มาก
คะแนนเฉลี่ยรวม	**3.2**	**1.0**	**ปานกลาง**

ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

คะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2) หัวข้อคะแนนระดับมากคือ ทันตแพทย์เฉพาะทางเพียงพอต่อการให้คำปรึกษา ทันตบุคลากรมีสมรรถนะเพียงพอ สามารถตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากเบื้องต้น ระบบการจัดการผู้ป่วยระดับจังหวัดเป็นเครือข่ายชัดเจน สะดวก เหมาะสมต่อการดำเนินงาน โดยหัวข้อคะแนนระดับปานกลาง คือ กิจกรรมทบทวนองค์ความรู้ พัฒนาการตรวจคัดกรองแก่ทันตบุคลากรเหมาะสม เพียงพอ และการได้รับสนับสนุนงบประมาณ ค่าตอบแทน วัสดุ อุปกรณ์เพียงพอต่อการดำเนินงาน ส่วนหัวข้อคะแนนระดับน้อยคือ การนำเทคโนโลยีและนวัตกรรม เช่น แอพพลิเคชั่นมะเร็งช่องปาก มาใช้ในการคัดกรองให้เกิดประสิทธิภาพ จากการเชื่อมโยงระดับการวิเคราะห์ข้อมูล (ไดอะแกรมที่ 2) ประเด็นหลักด้านปัจจัยนำเข้าพบว่า เครือข่ายบุคลากรเข้มแข็ง แต่ทรัพยากรและกำลังคนปฐมภูมิยังเป็นข้อจำกัด จากข้อมูลส่วนข้อคิดเห็นต่อปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา ในด้านบุคลากร พบข้อเสนอแนะเพิ่มทักษะการตัดชิ้นเนื้อ เสนอจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัดเพื่อหาจุดเด่นของแต่ละอำเภอ ด้านอัตรากำลังกลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่า การเสริมพลังบุคลากรด้านปฐมภูมิและเครือข่ายปฐมภูมิในระดับอำเภอที่เพียงพอนั้น ส่งผลต่อการออกบริการเชิงรุก โดยหากดำเนินงานคัดกรองด้วยทีมสหวิชาชีพจะเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม เสนอถึงรูปแบบ E-learning สำหรับทบทวนความรู้แก่บุคลากรหมุนเวียน และพบข้อจำกัดความไม่สมบูรณ์ในการเชื่อมต่อข้อมูลผ่านโปรแกรมหรือแอพพลิเคชั่นที่หลากหลาย โดยจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบมีความพึงพอใจในการนำระบบรักษาทางไกล (telemedicine) มาใช้ เป็นการพัฒนาองค์ความรู้และช่วยเพิ่มความสะดวกในการปรึกษาและติดตามผู้ป่วย โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยด้านกระบวนการ

Process	Mean	SD	meaning
- กิจกรรมเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ในพื้นที่ปฏิบัติงาน	3.1	0.9	ปานกลาง
- คำแนะนำแก่ประชาชนให้สามารถคัดกรองรอยโรคพื้นฐานได้ด้วยตนเอง	3.1	0.8	ปานกลาง
- ทันตบุคลากรสามารถสื่อสารขั้นตอนการส่งต่อ เมื่อพบรอยโรคให้แก่กลุ่มเสี่ยง หรือผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ	3.8	1.0	มาก
- ผู้ป่วยที่ตรวจพบรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากในพื้นที่ ได้รับความสะดวกในการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษา	4.0	0.9	มาก
- กรณีตรวจพบรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากในพื้นที่ มีช่องทางให้ทราบผลหรือข้อมูลการวินิจฉัยที่ชัดเจน	3.7	1.1	มาก
- พื้นที่รับทราบถึงแผนการรักษาของผู้ป่วยร่วมกันกับหน่วยรับส่งต่อ	3.3	1.1	ปานกลาง
- พื้นที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับหลังการรักษาอย่างต่อเนื่อง	3.2	1.3	ปานกลาง
- ระบบการลงข้อมูลผู้ป่วยในฐานข้อมูล สะดวก ครบถ้วน นำมาใช้วิเคราะห์ได้	3.3	1.1	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยรวม	**3.4**	**1.0**	**ปานกลาง**

ผลการประเมินด้านกระบวนการ

คะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3) หัวข้อคะแนนระดับมากคือ ผู้ป่วยที่ตรวจพบรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากในพื้นที่ ได้รับความสะดวกในการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษา ทันตบุคลากรสามารถสื่อสารขั้นตอนการส่งต่อเมื่อพบรอยโรคให้แก่กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ และกรณีตรวจพบรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากในพื้นที่ มีช่องทางให้ทราบผลหรือข้อมูลการวินิจฉัยที่ชัดเจน จากการเชื่อมโยงระดับการวิเคราะห์ข้อมูล (ไดอะแกรมที่ 2) ประเด็นหลักด้านกระบวนการ พบว่า กระบวนการส่งต่อมีประสิทธิภาพ แต่การเข้าถึงเชิงรุกและระบบข้อมูลยังเป็นอุปสรรค จากประเด็นย่อยที่พบว่า ระบบส่งต่อและปรึกษาเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยประเด็นการเข้าถึงระบบคัดกรองไม่ครอบคลุม ซึ่งเน้นการตรวจคัดกรองเชิงรับในคลินิกทันตกรรม และการนำศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินการคัดกรอง ยังมีข้อจำกัด ประเด็นด้านสิทธิประโยชน์และการเรียกเก็บ พบขั้นตอนทราบผลชิ้นเนื้อค่อนข้างช้า ระบบสนับสนุนการเรียกเก็บ (E-claim) ไม่สมบูรณ์ ประเด็นข้อมูลและการคืนข้อมูลพื้นที่ไม่สมบูรณ์ และประเด็นการสร้างความรอบรู้ (health literacy) เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และสร้างการรับรู้ของประชาชนให้สามารถคัดกรองรอยโรคพื้นฐานได้ด้วยตนเองยังขาดความชัดเจน

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยด้านผลผลิต

Product	Mean	SD	meaning
- ทันตบุคลากรดำเนินงานคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปาก โดยถือปฏิบัติเป็นประจำ	3.8	1.1	มาก
-ทันตบุคลากรปรึกษาส่งต่อผู้ป่วย ตามกระบวนการของจังหวัดได้อย่างรวดเร็ว	4.1	1.0	มาก
- ผู้ป่วยที่ตรวจพบรอยโรคในพื้นที่ได้รับการวินิจฉัย/ส่งต่อวินิจฉัยทุกราย	3.8	1.1	มาก
- ผู้ป่วยที่ตรวจพบรอยโรค ได้รับการดูแลครบถ้วนตั้งแต่การตรวจวินิจฉัย การรักษาและนัดติดตามต่อเนื่อง	3.7	1.0	มาก
- ประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงการตรวจคัดกรองได้ตามเป้าหมาย	3.4	3.4	ปานกลาง
- ตรวจพบรอยโรคในระยะแรกเริ่มมากกว่าระยะลุกลามของประชากรพื้นที่รับผิดชอบ	3.6	1.0	มาก
คะแนนเฉลี่ยรวม	**3.7**	**1.0**	**มาก**

ผลการประเมินด้านผลผลิต

คะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 4) โดยหัวข้อคะแนนระดับมากคือ ทันตบุคลากรปรึกษาส่งต่อผู้ป่วย ตามกระบวนการของจังหวัดได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยที่ตรวจพบรอยโรคในพื้นที่ได้รับการวินิจฉัย/ส่งต่อวินิจฉัยทุกราย ได้รับการดูแลครบถ้วนตั้งแต่การตรวจวินิจฉัย การรักษาและนัดติดตามต่อเนื่อง ทันตบุคลากรดำเนินงานคัดกรองโดยถือปฏิบัติเป็นงานประจำ และพบรอยโรคระยะเริ่มต้นมากกว่าระยะลุกลาม โดยมีคะแนนระดับปานกลางในหัวข้อประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงการตรวจคัดกรองได้ตามเป้าหมาย จากการเชื่อมโยงระดับการวิเคราะห์ข้อมูล (ไดอะแกรมที่ 2) ประเด็นหลักด้านผลผลิตพบว่า การดำเนินงานนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบได้ครบถ้วน แต่ควรกำกับผลลัพธ์ระยะยาว จากประเด็นย่อยที่พบข้อมูลความครอบคลุมการคัดกรองรอยโรคยังต่ำในบางพื้นที่ และมีประเด็นข้อเสนอถึงการกำกับผลลัพธ์เชิงคุณภาพด้านแนวโน้มการตรวจพบมะเร็งช่องปากระยะลุกลามควรลดลง และควรได้ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อแสดงถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการดำเนินงานคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากจังหวัดเชียงรายมีแนวโน้มที่ดี จากผลการประเมินตามกรอบ CIPP model ซึ่งกลุ่มศึกษาให้ความเห็นปัจจัยด้านบริบทและปัจจัยด้านผลผลิตมีคะแนนรวมระดับมาก ด้านปัจจัยนำเข้าและปัจจัยด้านกระบวนการมีคะแนนรวมระดับปานกลาง โดยตรวจคัดกรองพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยรอยโรค PMDs เฉลี่ยช่วงปีงบประมาณ.2565 ถึง 2567 เท่ากับ 4.5 รายต่อแสนประชากร[12] อาจมีปัจจัยสำเร็จจากประเด็นที่มีระดับคะแนนมากที่สุดคือ ทันตบุคลากรผู้ปฏิบัติตระหนักถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยหากตรวจพบรอยโรคตั้งแต่ระยะแรก ประเด็นที่มีระดับคะแนนมากคือ การนำนโยบายการคัดกรองสู่การปฏิบัติและกำกับอย่างต่อเนื่องของหัวหน้ากลุ่มงานเป็นปัจจัยด้านบริบทที่สำคัญต่อการดำเนินงานคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากของจังหวัดเชียงรายสอดคล้องกับการศึกษาปี พ.ศ.2565 ของสุเมธ กาญจน์กระสังข์ ในจังหวัดนครราชสีมา[20] ซึ่งจังหวัดเชียงรายยังมีข้อจำกัดเข้าถึงการคัดกรองในประชากรกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุม และพื้นที่ไม่มั่นใจถึงการออกแบบการจัดบริการคัดกรองให้เกิดความคุ้มค่า จึงควรออกแบบการจัดบริการให้มีคุลยภาพและมีประสิทธิภาพในการคัดกรองจากกลุ่มประชากร (population-based screening) เช่น ดำเนินงานคัดกรองสุขภาพด้วยระบบกลไกสามหมอ ซึ่งมีรายงานถึงผลลัพธ์ที่ดีอยู่เช่นกัน[21,22] หากจัดระบบให้ อสม. คัดกรองปัจจัยเสี่ยงประชาชนเขตรับผิดชอบ ก่อนนำส่งกลุ่มปัจจัยเสี่ยงเข้ารับการตรวจช่องปากกับทันตบุคลากร เช่นเดียวกับแนวทางการศึกษาของบวรคลองน้อยและคณะ ในปี พ.ศ.2564[7] รวมถึงการจัดบริการคัดกรองแบบบูรณาการ การพิจารณาอัตรากำลังที่เพียงพอ และเสริมพลังสร้างข้อตกลงในการกำหนดนโยบายของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วนั้น อาจเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองเชิงรุกได้มากขึ้น และเมื่อพิจารณาปัจจัยนำเข้าด้านเทคโนโลยี การออกแบบแอพพลิเคชั่นโดยบูรณาการจากส่วนกลางเอื้อต่อผู้ใช้งาน ทั้งบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. ให้สะดวกในการคัดกรองประชาชนด้วยข้อคำถามประเมินความเสี่ยง หรือข้อคำถามประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และจัดเก็บลงฐานข้อมูลในขั้นตอนเดียว จะส่งเสริมให้การคัดกรองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป็นไปได้มากเช่นกัน รวมถึงการสร้างความรอบรู้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เพื่อลดความรุนแรงของรอยโรค[23] โดยเข้าถึงระบบบริการเมื่อพบรอยโรคด้วยผู้ป่วยเอง ซึ่งการศึกษาได้สะท้อนถึงการขาดความชัดเจนในกลยุทธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ควรขยายกลุ่มเป้าหมายจากผู้สูงอายุไปสู่เด็กและเยาวชน เพื่อสร้างความตระหนักและทักษะการคัดกรองด้วยตนเอง (Self-assessment)

การจัดรูปแบบบริการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากเป็นสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่ประชาชนไทยพึงได้รับตาม

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[13] แม้ปัจจัยด้านกระบวนการ พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในเครือข่ายชัดเจน เหมาะสม ทันตแพทย์เฉพาะทางเพียงพอต่อการให้คำปรึกษาด้วยกลุ่มไลน์ให้คำปรึกษารับ-ส่งต่อที่เข้าถึงสะดวก รวดเร็ว ได้รับวันนัดหมายจากทันตแพทย์เฉพาะทางโดยทันที ดูแลครอบคลุมตั้งแต่การตรวจวินิจฉัย รักษา กำกับติดตามอย่างต่อเนื่องด้วยทันตแพทย์ด้านเวชศาสตร์ช่องปากโรงพยาบาลแม่ข่าย หากยังมีข้อจำกัดของผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้สิทธิการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาได้ครบถ้วนตามสิทธิการรักษาจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากเงื่อนไขการเรียกเก็บที่มีข้อจำกัด หากมีการทบทวนการจ้างเหมาบริการในขั้นตอนส่งตรวจผลทางจุลพยาธิวิทยาระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐกับคณะทันตแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัย ให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560[24] จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสิทธิประโยชน์ได้ครบถ้วน รวมถึงการคัดกรองกลุ่มไร้สิทธิหรือต่างด้าวที่พบรอยโรคแล้วอาจมีข้อจำกัดในการเข้ารับการดูแลรักษาต่อเนื่อง นอกจากนี้ ควรพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care; COC) ของเครือข่ายจังหวัด โดยมีผู้รับผิดชอบเคสที่ชัดเจนในแต่ละโรงพยาบาล (Case Manager) เป็นระบบส่งคืนข้อมูล (Feedback) ให้สถานพยาบาลส่งผู้ป่วยรับทราบ เพื่อดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การคัดกรองไปจนถึงการรักษาติดตาม โดยพิจารณาจัดรูปแบบการตรวจรักษาทางไกล (telemedicine)[25,26] โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล

สำหรับปัจจัยนำเข้าด้านบุคลากรที่แม้ว่าทันตแพทย์เฉพาะทางเพียงพอต่อการให้คำปรึกษา ทันตบุคลากรมีความรู้และทักษะเพียงพอในการตรวจคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากเบื้องต้นได้ หากจะพิจารณาถึงการหมุนเวียนบุคลากรประจำการใหม่ ควรได้พัฒนาหลักสูตรออนไลน์ (E-learning) ในคลังความรู้ของจังหวัด ให้เป็นช่องทางเรียนรู้สำหรับทันตบุคลากร รวมถึงเป็นประโยชน์ในการทบทวนความรู้วิชาการและระบบคัดกรองที่เข้าถึงได้ง่าย ส่วนทักษะการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) ส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยาแก่ทันตแพทย์ตามผังพัฒนาศักยภาพบริการเครือข่าย (service mapping) เป็นสิ่งที่ควรขับเคลื่อนตามแผนของจังหวัด ในข้อจำกัดระบบข้อมูลนั้น ควรมีตัวกลางในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโปรแกรม myPCU, HosXP และ HOMC เพื่อให้เกิดการส่งต่อข้อมูลแบบไร้รอยต่อ และลดภาระการลงข้อมูลซ้ำซ้อนของบุคลากร

โดยภาพรวม การคัดกรองเครือข่ายจังหวัดเชียงราย สามารถนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาต่อเนื่อง โดยถือปฏิบัติเป็นภารกิจงานประจำ (routine) หากหวังผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเชิงคุณภาพแล้ว ควรกำกับถึงแนวโน้มการตรวจพบรอยโรคมะเร็งช่องปากในระยะลุกลามที่ลดลง รวมถึงศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในเครือข่าย ดังเช่น การศึกษาของปิยนาถ กุยสาคร ในปี พ.ศ. 2552 ได้ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากไทยกลุ่มหนึ่ง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งช่องปากหลังรักษารู้สึกค่อนข้างแย่กว่าก่อนรับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ[27] รวมถึงการศึกษาของอนวัช สถิตเดชกุญชร และคณะในปี พ.ศ. 2566 รายงานถึงผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านการเปลี่ยนแปลงใบหน้า การกลืน การเคี้ยว การออกเสียง การรับรส การหลั่งของน้ำลาย หลังการรักษาหนึ่งปีขึ้นไป[28] จะทำให้ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานได้ครบถ้วน

สรุป

รูปแบบการดำเนินงานคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากจังหวัดเชียงราย สามารถคัดกรองรอยโรคเพื่อลดความรุนแรงของการกลายเป็นมะเร็งช่องปากได้จำนวนหนึ่ง ด้วยนโยบายที่ชัดเจนประกอบกับความตระหนักให้ความร่วมมือของทันตบุคลากร เครือข่ายมีแนวทางนำผู้ป่วยส่งต่อเพื่อวินิจฉัยรักษาเมื่อพบรอยโรคที่เข้าถึงง่ายและสะดวก โดยกำกับติดตามระบบอย่างสม่ำเสมอ แต่ยังพบอุบัติการณ์มะเร็งช่องปากในระยะท้าย หากพัฒนารูปแบบให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการคัดกรองแบบบูรณาการ รวมถึงส่งเสริมบทบาทการคัดกรองในหน่วยจัดบริการปฐมภูมิทุกสังกัดอย่างต่อเนื่อง สร้างการตระหนักรู้

เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงกลุ่มประชากร ใช้เทคโนโลยีที่สะดวก ลดขั้นตอนและมีประสิทธิภาพ ให้ประชาชนได้รับการคัดกรอง วินิจฉัย ดูแลรักษา ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ โดยสถานบริการสามารถเรียกเก็บจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ครบถ้วนจากฐานข้อมูลที่มีคุณภาพ จะนำไปสู่พยากรณ์โรคและผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยได้อีกมิติหนึ่ง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาวิจัย

ควรศึกษาต่อยอดในเชิงลึกถึงรายงานระบาดวิทยาในพื้นที่ ปัจจัยส่งผลต่อการเข้าถึงบริการคัดกรองภายใต้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เพื่อประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1. นำระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 พิจารณาในกระบวนการเรียกเก็บระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐกับหน่วยรับสิ่งส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

2. พิจารณาทบทวนแบบลงข้อมูล (template) แฟ้มเดนทัลให้เหมาะสมกับการใช้ประโยชน์และเชื่อมโยงข้อมูลทุกโปรแกรมอย่างมีประสิทธิภาพ

3. พิจารณาประยุกต์และบูรณาการการนำเทคโนโลยี เช่น แอพพลิเคชั่นตรวจคัดกรองที่เชื่อมระบบข้อมูล เหมาะสมกับผู้ใช้และลดขั้นตอน ในระดับกรม/กระทรวง

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติ

1. ร่วมให้ข้อเสนอแนะแก่โครงการทันตบุคลากรไทยเพื่อการควบคุมยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้า ภายใต้ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ เพื่อบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วยภาวะ Potentially Malignancy Disorders (PMD) โดยทันตแพทย์

2. เพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรอง โดยบูรณาการตรวจคัดกรอง และกำหนดเป็นประเด็นตรวจราชการร่วมกับมะเร็งกลุ่มอื่น ร่วมกับหน่วยจัดบริการปฐมภูมิ

3. จัดการองค์ความรู้ทันตบุคลากร โดยออกแบบการเรียนรู้ที่เข้าถึงได้ง่าย ต้นทุนต่ำ เช่น การเรียนรู้ผ่านรูปแบบ E-learning ในเว็ปไซต์คลังปัญญาจังหวัด เป็นต้น

4. สร้างเวทีแลกเปลี่ยนส่งเสริมการตระหนักรู้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มประชากร โดยให้ความสำคัญกับบุคลากรที่มีบทบาทจัดบริการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิทุกสังกัด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ทันตแพทย์พิศักดิ์ องค์ศิริมงคล สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย กรุณาให้คำปรึกษาและร่วมสังเกตการณ์ ให้ข้อเสนอแนะกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก ให้ได้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างครบถ้วน และทันตบุคลากรจังหวัดเชียงรายที่ให้ความสำคัญในการดำเนินงาน และร่วมจัดระบบคัดกรองอย่างเป็นเครือข่ายครบวงจร

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [Internet]. Comprehensive assessment of evidence on oral cancer prevention released. Geneva: WHO; 2023 Nov 29 [cited 2023 Nov 11]. Available from: https://www.who.int/news/item/29-11-2023-comprehensive-assessment-of-evidence-on-oral-cancer-prevention-released-29-november-2023.

2. Manorom D, Pitakankul S, Saeng Ariyawanit A, editors. Hospital-based cancer registry 2022. Bangkok: National Cancer Institute; 2024. (in Thai).

3. Anak I. Oral cancer. Chiang Mai: Faculty of Dentistry, Chiang Mai University; 2005. (in Thai).

4. Birur PN, Patrick S, Warnakulasuriya S, Gurushanth K, Raghavan SA, Rath GK, et al. Consensus guidelines on management of oral potentially malignant disorders. Indian journal of cancer. 2022;59(3):442-53.

5. Van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. Oral oncology. 2009;45(4-5):317-23.

6. Warnakulasuriya S, Kujan O, Aguirre Urizar JM, Bagan JV, González Moles MÁ, Kerr AR, et al. Oral potentially malignant disorders: A consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. Oral diseases. 2021;27(8):1862-80.

7. Klongnoi B, Sresumatchai V, Khovidhunkit S-oP, Fuangtharnthip P, Leelarungsun R, Shrestha B. Pilot model for community based oral cancer screening program: outcome from 4 northeastern provinces in Thailand. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(17):9390. (in Thai).

8. Chen Y-Y, Chen M-H, Wang J-P, Chang Y-L. Detection and management of oral potentially malignant disorders. International Journal of Head and Neck Science. 2017;1(3):173-9.

9. Sulaiman D, Lohiya A, Rizwan S, Singh A, Dwivedi P, Bahuguna P, et al. Diagnostic accuracy of screening of lip and oral cavity cancers or potentially malignant disorders (PMD) by frontline workers: a systematic review and meta-analysis. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP. 2022;23(12):3983.

10. Kaur R, Kant S, Mathur VP, Lohia A. Feasibility of opportunistic screening for oral cancers in a dental outpatient department of a secondary care hospital in Northern India. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2020;9(2):909-14.

11. Mello FW, Melo G, Pasetto JJ, Silva CAB, Warnakulasuriya S, Rivero ERC. The synergistic effect of tobacco and alcohol consumption on oral squamous cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. Clinical oral investigations. 2019;23(7):2849-59.

12. Dental Health Section. Dental health report. Chiang Rai: Chiangrai Prachanukroh Hospital; 2020–2024. (in Thai).

13. National Health Security Act. Regulations on the administration and management of the National Health Security Fund (No. 13) B.E. 2565 (2022). Volume 139, Section 268. (Sep 26, 2022). Available from https://www.nhso.go.th/th/assessment-2565 (in Thai).

14. Cruickshank V. Considering Tyler's Curriculum Model in Health and Physical Education. Journal of Education and Educational Development. 2018;5(1):207-14.

15. Stake RE. The countenance of educational evaluation. Teachers college record. 1967;68(7):1-15.

16. Stufflebeam DL. The CIPP model for evaluation. Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation: Springer; 2000. p. 279-317.

17. Jansakun S. The historical development of evaluation and theorists' concepts. EAU Heritage J Sci Technol. 2014;8(1):69-78. (in Thai).

18. Thakamfoo L, Srikrajang J. Evaluation of an oral health care program for bed-bound elderly in Lampang Province. J Thai Dent Public Health. 2023;28(1):132-46. (in Thai).

19. Joshi A, Kale S, Chandel S, Pal DK. Likert scale: Explored and explained. British journal of applied science & technology. 2015;7(4):396.

20. Kankrasang S. Comprehensive oral cancer screening from primary to tertiary level in Pratai, Non Sang, Non Thai and Pra Thongkham districts, Nakhon Ratchasima Province. J Health Res Dev. 2022;8(1):153-64. (in Thai).

21. Sirinikorn R, Nganroongruang P. Development of care for bedridden patients using the 3-doctor mechanism in Udon Thani Province. J Office Dis Prev Control. 2023;30(3):72-83. (in Thai).

22. Khlaewkhlod M. District Health Board operational model linked with 3-healthcare team for acute ischemic stroke patients, Songkhla Province. J Env Educ Med Health. 2024;9(3):308-16. (in Thai).

23. Photihung P. Relationship of health literacy to health promoting and disease prevention behaviors in Thailand: a systematic review. J Fac Nurs Burapha Univ. 2021;29(3):115-30. (in Thai).

24. Public Procurement and Supplies Administration Act, B.E. 2560 (2017). The Royal Thai Government Gazette Volume 134, Section 24. Pages 13-54. (Feb 24, 2017). (in Thai)

25. Suwachittanont N, Wirojwan T, Thamchalai A. Systematic evaluation of telemedicine implementation in healthcare systems based on the Institute of Medicine quality framework. Thai Media Fund J. 2024;3(3):118-44. (in Thai).

26. Rattanapong D. Effectiveness of telemedicine service program on perceived benefits, perceived ease of use and quality of life of patients with chronic non-communicable diseases at Muang Songkhla Hospital. Thammasat Univ Hosp J Online. 2024;9(3):40-59. (in Thai).

27. Kuisakorn P. Health-related quality of life in Thai oral cancer patients [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai). Available from: https://doi.org/10.14457/CU.the.2009.1136

28. Anawat S, Rajda C, Suthin J. Health-related quality of life in treated oral cancer patients. Khon Kaen Univ Dent J. 2023;26(3):1-9. (in Thai).

ทุนทางวัฒนธรรมกับการพัฒนาการจัดการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ของชุมชนบ้านนาอ้อ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลย

Cultural Capital and Development of Creative Tourism Management of Ban Na Or Community, Na Or Sub-district, Mueang District, Loei Province.

(Received: March 7,2026 ; Revised: March 12,2026 ; Accepted: March 17,2026)

โรจนันท์ ทรงอยู่[1]
Rojjanant Songyoo[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทุนทางวัฒนธรรมของชุมชนบ้านนาอ้อ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลยที่สามารถเป็นแนวทางในการจัดการการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากสื่อ สิ่งพิมพ์ เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์บนพื้นฐานของการจัดการโดยชุมชนที่ถูกผลิตออกมาจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชุมชนบ้านนาอ้อ และเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผ่านการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งผู้วิจัยใช้ดุลยพินิจและความรู้ความเชี่ยวชาญในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยเฉพาะเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณภาพสูง ด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายเชิงลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนที่จัดรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์สำหรับนักท่องเที่ยว วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

จากการศึกษา พบว่า ชุมชนบ้านนาอ้อ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลยมีทุนทางวัฒนธรรมที่มีความหลากหลาย เช่น ภาษาเลยไทลื้อ ประเพณีฮีตสิบสอง การทอผ้าไทลื้อ การแกะสลัก สถาปัตยกรรมท้องถิ่น (บ้านโบราณ) เทศกาลบุญข้าวจี่เดือน 3 และภูมินิเวศวัฒนธรรมที่มีมีเอกลักษณ์เฉพาะตัว มีวิถีชีวิตที่มีสมรรถนะ เรียบง่าย และมีน้ำใจ ซึ่งถือว่าเป็นทรัพยากรทางการท่องเที่ยวที่มีความเป็นอัตลักษณ์และโดดเด่น ในการสร้างความทรงจำที่น่าประทับใจให้แก่นักท่องเที่ยว จากผลการวิจัยทุนทางวัฒนธรรมที่หลากหลายและมีเอกลักษณ์ของชุมชนบ้านนาอ้อสามารถนำมาจัดกิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ได้อย่างมีศักยภาพ

คำสำคัญ: ทุนทางวัฒนธรรม, การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์, ชุมชนบ้านนาอ้อ

Abstract

This research aims to examine the cultural capital of Ban Na Or community, Na Or Sub-district, Mueang District, Loei Province, that can be direction to the management of creative tourism. The study employs a survey research approach, collecting data from media sources, publications, documents, and previous studies related to creative tourism based on community-based management produced by government agencies, the private sector, the community, and other stakeholders associated with Ban Na Or Community and data were also collected from selected participants through purposive sampling, in which the researcher exercised judgment and professional expertise to select informants whose characteristics were closely aligned with the research objectives, in order to obtain high-quality, in-depth information. The methods of data collection included in-depth interviews with target groups and participant observation of community activities designed as creative tourism experiences for visitors.

The findings indicate that Ban Na Or Community possesses a wide range of cultural capital, including the Loei Tai Lue language, the Heet Sib Song (Twelve-Month Traditions), Tai Lue textile weaving, wood carving, local architecture (traditional houses), the Bun Khao Jee Festival in the third lunar month, and a distinctive cultural–ecological landscape. The community's way of life is characterized by competence,

[1] งานศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

simplicity, and hospitality, which together constitute tourism resources with strong identity and distinctiveness, capable of creating memorable experiences for tourists. The results further suggest that the diverse and unique cultural capital of Ban Na Or Community has strong potential for the development of creative tourism activities.

Keywords: Cultural capital, Creative tourism, Na-O Community

บทนำ

อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาและการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศไทยในภาพรวม เห็นได้จากรัฐบาลได้มีนโยบายให้ภาคการท่องเที่ยวเป็นกลไกที่สำคัญที่สุดในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ และได้ประกาศวิสัยทัศน์ IGNITE TOURISM THAILAND เพื่อมุ่งผลักดันประเทศไทยสู่เป้าหมายการเป็น Tourism Hub ที่สำคัญของโลกรายงานของสภาเศรษฐกิจโลก (World Economic Forum: WEF) ประจำปี พ.ศ. 2567 ให้ความสำคัญกับประเด็นการฟื้นตัวของภาคการท่องเที่ยวภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด–19 ซึ่งยังคงเผชิญข้อจำกัดด้านเงื่อนไขและการบริหารจัดการการท่องเที่ยว รวมถึงผลกระทบทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้วยเหตุนี้ WEF จึงได้ปรับปรุงวิธีการจัดอันดับดัชนีด้านการเดินทางและการท่องเที่ยวให้มีความครอบคลุมและเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ตัวชี้วัดมีความเหมาะสมและสามารถเปรียบเทียบได้ในทุกประเทศ จากผลการจัดอันดับดังกล่าว พบว่าภาพรวมดัชนีการพัฒนาด้านการเดินทางและการท่องเที่ยวของประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 47 จาก 119 ประเทศทั่วโลก และอยู่ในอันดับที่ 4 จาก 8 ประเทศในกลุ่มอาเซียน รองจากประเทศสิงคโปร์ อินโดนีเซีย และมาเลเซีย โดยพิจารณาจาก 5 มิติ ได้แก่ (1) สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย (2) นโยบายและเงื่อนไขด้านการเดินทางและการท่องเที่ยว (3) โครงสร้างพื้นฐานและการบริการ (4) ทรัพยากรด้านการเดินทางและการท่องเที่ยว และ (5) ความยั่งยืนด้านการเดินทางและการท่องเที่ยว (กองยุทธศาสตร์และประสานการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขัน สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2567) ขณะเดียวกัน สถิติของกองเศรษฐกิจการท่องเที่ยวและกีฬาในปี พ.ศ. 2566 ระบุว่า ภาคการท่องเที่ยวของประเทศไทยในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 มีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านจำนวนนักท่องเที่ยวและรายได้จากการท่องเที่ยว โดยจำนวนนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติขยายตัวร้อยละ 154.40 และนักท่องเที่ยวชาวไทยขยายตัวร้อยละ 22.59 เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อนหน้า ขณะที่รายได้จากนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติและชาวไทยขยายตัวร้อยละ 165.72 และร้อยละ 19.81 ตามลำดับ ส่งผลให้รายได้รวมจากการท่องเที่ยวมีมูลค่า 2.13 ล้านล้านบาท หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 78.45 จากช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน[1]

การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์โดยชุมชนเป็นกิจกรรมที่สัมพันธ์กับประวัติศาสตร์ ศิลปวัฒนธรรม วิถีชีวิต และเอกลักษณ์ของชุมชน โดยเปิดโอกาสให้นักท่องเที่ยวหรือผู้มาเยือนเข้าไปมีส่วนร่วมกับเจ้าของพื้นที่ในการสร้างประสบการณ์ทางวัฒนธรรมที่มีลักษณะเฉพาะของชุมชนจนเกิดความเข้าใจเอกลักษณ์นั้นอย่างลึกซึ้งและเกิดความประทับใจในชุมชนที่ได้ท่องเที่ยว[2] ในขณะที่เจ้าของพื้นที่หรือผู้จัดกิจกรรมท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ได้เห็นคุณค่าของมรดกทางวัฒนธรรม ได้รับการจ้างงาน มีรายได้เสริม ได้สร้างทุนทางสังคม ได้พัฒนาความสามารถในการทำงานและสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับชุมชน ผ่านการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน[3,4,5] การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ ถูกนำมาเป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงกับคนในสังคมเดียวกันและต่างสังคม ช่วยรักษาไว้ซึ่งเอกลักษณ์ทางวิถีชีวิต

วัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่นและเป็นกลไกนำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน[6]

จังหวัดเลยมีแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติที่สวยงามและเป็นเอกลักษณ์ เช่น ภูเรือ ภูกระดึง มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ประเพณี และวิถีชีวิตที่โดดเด่น เช่น ถนนคนเดินเชียงคาน ภูเรือ ภูกระดึง และชุมชนในจังหวัดเลยให้ความสำคัญกับการพัฒนาตนเองและพร้อมที่จะเรียนรู้และนำเสนอเรื่องราวของตนเองแก่นักท่องเที่ยว โดยจังหวัดเลยเป็นพื้นที่นำร่องเพื่อการพัฒนาการจัดการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ในยุคบุกเบิกตั้งแต่ช่วงกลางทศวรรษ 2550 โดยมีการใช้เอกลักษณ์ทางภูมิศาสตร์ สถาปัตยกรรม เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของท้องถิ่นในการสร้างสรรค์การท่องเที่ยว และมีทุนทางวัฒนธรรมที่โดดเด่น และพัฒนาไปสู่รูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ เช่น การจัดกิจกรรมเรียนรู้วิถีชีวิต การพัฒนาที่พักแบบโฮมสเตย์ การสร้างเส้นทางท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม และยกระดับพื้นที่ให้เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษานทางวัฒนธรรมของชุมชนบ้านนาอ้อ และการนำทุนทางวัฒนธรรมดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการจัดการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์บนฐานวัฒนธรรมให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาทุนทางวัฒนธรรมของชุมชนบ้านนาอ้อ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลยที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการจัดการการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ซึ่งถูกเก็บรวบรวมมาแล้วโดยบุคคลอื่นหรือหน่วยงานอื่น เช่น สื่อ สิ่งพิมพ์ เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์บนพื้นฐานของการจัดการโดยชุมชนที่ถูกผลิตออกมาจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชุมชนบ้านนาอ้อ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลย และเก็บข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) ซึ่งข้อมูลดิบที่ได้จากการเก็บรวบรวมโดยตรงจากกลุ่มตัวอย่างผ่านการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งผู้วิจัยใช้ดุลยพินิจและความรู้ความเชี่ยวชาญในการเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยเฉพาะ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณภาพสูง จำนวน 10 คน ประกอบด้วย (1) กลุ่มและแกนนำชุมชนที่มีบทบาทนำในการจัดการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ จำนวน 1 คน (2) ผู้รู้ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้ถ่ายทอดเรื่องราวชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ในระดับพื้นที่ จำนวน 2 คน (3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทในการหนุนเสริมสนับสนุนการจัดการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ จำนวน 1 คน (4) หน่วยงานรัฐที่เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ (กรมพัฒนาชุมชน (พช.) หรือสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) หรือสำนักงานการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) จังหวัด จำนวน 3 คน (5) ตัวแทนภาคประชาสังคม จังหวัดเลย ที่มีบทบาทขับเคลื่อนการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ในระดับพื้นที่ จำนวน 1 คน และ (6) นักท่องเที่ยวที่มีประสบการณ์เข้ามาสัมผัสกับรูปแบบการจัดการการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ในพื้นที่ชุมชนบ้านนาอ้อ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลย จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นชุมชนมีทุนทางวัฒนธรรมการจัดการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกผ่านแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ที่ผสมผสานระหว่างแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่มีการถามคำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้า กับแบบสัมภาษณ์แบบไม่มี

โครงสร้างที่เป็นคำถามปลายเปิดแบบยืดหยุ่น เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกโดยประเด็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์มีความสัมพันธ์กับคำถามหลักในการศึกษาวิจัยและกรอบแนวคิดหลักที่ใช้ในการศึกษา เพื่อที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการตอบคำถามการวิจัยและบรรลุวัตถุประสงค์ในการศึกษาทั้งนี้ การสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับสถานการณ์และคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล และใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนที่จัดรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์สำหรับนักท่องเที่ยวโดยจะเข้าไปสัมผัสและใช้ชีวิตในชุมชนบ้านนาอ้อ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลย ซึ่งเป็นพื้นที่หลักในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อที่จะได้มีโอกาสไปสัมผัสกับลักษณะการจัดการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ของชุมชน โดยผู้วิจัยจะใช้การสนทนาแบบไม่เป็นทางการประกอบการสังเกตการณ์ในขณะที่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เพื่อที่จะเข้าถึงข้อมูลและเข้าใจวิถีวัฒนธรรมของชุมชนที่ถูกนำมาเปลี่ยนแปร และปรับใช้ในฐานะทรัพยากรทางวัฒนธรรม ซึ่งในชุมชนเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ มีบริการบ้านพักโฮมสเตย์สำหรับนักท่องเที่ยว และมีการออกแบบกิจกรรมตามฐานการเรียนรู้ต่าง ๆ สำหรับนักท่องเที่ยวด้วย หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบ จำแนกข้อมูลด้วยรูปแบบ triangular เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และเขียนรายงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์จัดการ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยศึกษาจากสื่อสิ่งพิมพ์ เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ และสังเกตการณ์ของผู้วิจัย สามารถสรุปทุนทางวัฒนธรรมของการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ของชุมชนบ้านนาอ้อได้ ดังนี้

1. วิถีชีวิต คนในชุมชนบ้านนาอ้อ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลยส่วนใหญ่เป็นคนสมถะ เรียบง่าย ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม คือ การทำนา ทำไร่มันสำปะหลังและอ้อย ทำสวนยางพารา บ้างก็รับจ้างก่อสร้าง และรับจ้างทั่วไปในหมู่บ้าน พอทางชุมชนมีงานหรือจัดกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนชาวบ้านก็ร่วมแรงร่วมใจมาช่วยเหลือกันจนสำเร็จ ซึ่งวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชนบ้านนาอ้อที่มีความสมถะ เรียบง่าย และมีน้ำใจ ถือเป็นทรัพยากรเพื่อขับเคลื่อนการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ได้เป็นอย่างดี

2. ภาษา วัฒนธรรม คนในชุมชนบ้านนาอ้อ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลยส่วนมากใช้ภาษาถิ่น (ภาษาเลย) หรือภาษาเลยไทลื้อ ซึ่งเป็นภาษาที่น่ารักและเป็นกันเอง มีสำเนียงการพูดที่นิ่มนวล มีมารยาทงาม รักสงบซึ่งมีความเป็นเอกลักษณ์และอัตลักษณ์ของคนในชุมชน และมีความเชื่อที่สืบทอดกันมาอย่างต่อเนื่องในการถือฮีตสิบสอง คองสิบสี่ (มีบุญตั้งแต่เดือน 1 ถึง เดือน 12) ซึ่งฮีตสิบสองเป็นประเพณี 12 เดือนที่เกี่ยวเนื่องกับหลักทางพุทธศาสนา ความเชื่อและการดำรงชีวิตทางเกษตรกรรมซึ่งชาวอีสาน ยึดถือปฏิบัติกัน มาแต่โบราณ มีแนวปฏิบัติแตกต่างกันไปในแต่ละเดือนเพื่อให้เกิดสิริมงคลในการดำเนินชีวิต เรียกอย่างท้องถิ่น ว่างานบุญ ชาวอีสานให้ความสำคัญกับ ประเพณีฮีตสิบสองเป็นอย่างมาก และยึดถือปฏิบัติมาอย่างสม่ำเสมอนับเป็นเอกลักษณ์ของ ชาวอีสาน อย่างแท้จริง คำว่า “ฮี

ตสิบสอง”มาจากคำว่า “ฮีต” อันหมายถึงจารีตการปฏิบัติที่สืบต่อกันมาจนกลายเป็นประเพณี “สิบสอง” คือประเพณีที่ปฏิบัติตามเดือนทางจันทรคติทั้งสิบสองเดือน ได้แก่ เดือนอ้าย – บุญเข้ากรรม, เดือนยี่ – บุญคูณลาน, เดือนสาม – บุญข้าวจี่, เดือนสี่ – บุญพระเวส หรือ บุญผะเหวด, เดือนห้า – บุญฮดสรง หรือ บุญสงกรานต์, เดือนหก – บุญบั้งไฟ, เดือนเจ็ด – บุญชำฮะ, เดือนแปด – บุญเข้าพรรษา, เดือนเก้า – บุญข้าวประดับดิน, เดือนสิบ – บุญข้าวสาก, เดือนสิบเอ็ด – บุญออกพรรษา, เดือนสิบสอง – บุญกฐิน ส่วนคองสิบสี่ เป็นคำและข้อปฏิบัติคู่กับฮีตสิบสอง คอง แปลว่า แนวทาง หรือ ครรลอง ซึ่งหมายถึง ธรรมเนียมประเพณี หรือแนวทาง และ สิบสี่ หมายถึง ข้อวัตรหรือแนวทางปฏิบัติสิบสี่ข้อ ดังนั้นคองสิบสี่จึงหมายถึง ข้อวัตรหรือแนวทางที่ประชาชนทุกระดับนับตั้งแต่พระมหากษัตริย์ ผู้มีหน้าที่ปกครองบ้านเมือง พระสงฆ์ และคนธรรมดาสามัญพึงปฏิบัติ 14 ข้อ อัตลักษณ์ไทลื้อ

ชุมชนบ้านนาอ้อ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลยสืบเชื้อสายมาจากเวียงจันทร์และหลวงพระบางประเทศลาวมีอัตลักษณ์ไทยลื้อ 2 ไทลื้อ คือ ไทลื้อหลวงพระบาง และไทลื้อเมืองแพร่เมืองน่าน ส่วนใหญ่ชาวบ้านนาอ้อจะเป็นไทลื้อหลวงพระบางซึ่งเป็นชาวบ้านที่อพยพมาจากหลวงพระบางประเทศลาว และมาตั้งถิ่นที่อยู่อาศัยที่นี่นับตั้งแต่อพยพมาและได้มีการขยายพื้นที่ไปตามรอบชุมชนบ้านนาอ้อและดำรงวิถีชีวิตสืบมาจนถึงปัจจุบัน อีกทั้งมีสถาปัตยกรรมที่สำคัญของไทลื้อหลวงพระบาง คือ มีหอระฆังไทลื้อที่วัดศรีชมชื่น หมู่ที่ 7 ที่ผู้คนมาเยี่ยมชมมากมาย ส่วนไทลื้อเมืองแพร่เมืองน่านที่มีความสามารถในการก่อสร้างแกะสลักวัด และบ้านเรือนส่วนใหญ่ก็จะมีสถาปัตยกรรมทรงคล้ายๆ กัน นอกจากนั้นมีการทำกลุ่มวิสาหกิจทอผ้าเป็นพิพิธภัณฑ์แหล่งเรียนรู้ทอผ้าไทลื้อ และมีนักท่องเที่ยว นักศึกษามาเรียนรู้ในการทอผ้า และได้รับรางวัลมากมาย ซึ่งวัฒนธรรมของชุมชนบ้านนาอ้อถือว่าเป็นทรัพยากรทางการท่องเที่ยวที่มีความเป็นอัตลักษณ์และโดดเด่นในการสร้างความความทรงจำที่น่าประทับใจให้แก่นักท่องเที่ยว

3. สถาปัตยกรรมท้องถิ่น (บ้านโบราณ) ชุมชนบ้านนาอ้อ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลยเป็นชุมชนเก่าแก่ที่มีการตั้งหมู่บ้านมานานกว่า 450 ปี มีบ้านเรือนสมัยโบราณที่มีประวัติความเป็นมาอันยาวนาน มากกว่า 60 หลัง ซึ่งเป็นบ้านทรงไทยใต้ถุนยกสูง ส่วนตัวบ้านเรือนไทยทำมาจากวัสดุธรรมชาติที่คล้ายๆ กัน โดยตัวบ้านทำจากไม้ ส่วนหลังคาเป็นทรงปั้นหยา มุงดินขอ หรือกระเบื้องดินเผา มีการจัดตกแต่งบ้านที่แตกต่างกัน บางบ้านมีชิงช้าไม้เป็นท่อน ๆ มาผูกเชื่อมกัน บ้างก็มีอุปกรณ์ทำไร่ไถนา อุปกรณ์จับสัตว์พวกกุ้งหอยปูปลา ห้อยตามฝาบ้าน ซึ่งแสดงถึงวิถีชีวิตคนอีสานที่เวลาใช้อุปกรณ์พวกนี้เสร็จก็จะแขวนไว้ตามฝาผนังนอกบ้าน จะได้หยิบจับใช้สอยง่าย ๆ ลักษณะของบ้านใต้ถุนสูงจะอำนวยความสะดวกให้คนแต่ละหมู่บ้านในการทำบุญประเพณี

4. เทศกาลบุญข้าวจี่เดือน 3 ประเพณีบุญข้าวจี่ และงานบุญในวันเพ็ญเดือน 3 ตามประเพณีฮีตสิบสอง คองสิบสี่ที่ยึดถือปฏิบัติมาตั้งแต่สมัยบรรพบุรุษหลังจากการเก็บเกี่ยวข้าวแล้วเสร็จจะต้องนำข้าวเปลือกและข้าวจี่ไปถวายพระสงฆ์ โดยมีความเชื่อ ความศรัทธาที่จะนำความสุขความเจริญมาสู่ครอบครัวซึ่งประเพณีบุญข้าวจี่เป็นการเสริมสร้างความสามัคคีในชุมชน และหวังให้ลูกหลานอนุรักษ์และสืบสานประเพณีวัฒนธรรมอันดีงามนี้ต่อไป ประเพณีบุญข้าวจี่ในอดีตเป็นประเพณีที่ยิ่งใหญ่และมีชื่อเสียงมาก มีองค์กรต่างๆ จากทางรัฐ และเอกชนได้ให้ความร่วมมือกันจัดงานจนมีผู้คนและนักท่องเที่ยวหลั่งไหล่มาเที่ยวประเพณีบุญข้าวจี่กันมากมาย มีการพาลูกพาหลานไปทำบุญ ให้ลูกหลานได้เรียนรู้และสามารถสานต่อเจตนาของคนรุ่นหลังได้ อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมรายได้ให้แก่ชาวบ้านที่มาขายสินค้าในงาน

5. ภูมินิเวศวัฒนธรรม

ชุมชนบ้านนาอ้อ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลยมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวที่มีความแตกต่างจากหมู่บ้านอื่น ๆ เพราะมีวัฒนธรรมที่เก่าแก่ ของคนชาวไทลื้อ ลักษณะบ้านส่วนใหญ่เป็นบ้านไม้โบราณที่มีความคล้ายคลึงกันเกือบทั้งหมด คนในหมู่บ้านจิตใจดี ยิ้มง่าย พูดเพราะ น้ำเสียงสำนวนนิ่มนวล นอกจากนี้ยังมีสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ เช่น วัดศรีจันทร์ วัดศรีชมชื่น ที่ชาวบ้านและนักท่องเที่ยวต่างเลื่อมใสศรัทธามาเยี่ยมชม

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยทุนทางวัฒนธรรมของชุมชนบ้านนาอ้อ พบว่า ชุมชนบ้านนาอ้อมีวัฒนธรรมซึ่งถือว่าเป็นทรัพยากรทางการท่องเที่ยวที่มีความเป็นอัตลักษณ์และโดดเด่นในการสร้างความทรงจำที่น่าประทับใจให้แก่นักท่องเที่ยว สามารถนำมาแปรเปลี่ยนและประยุกต์ใช้ในการจัดการการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ วันโชค หุ่นผดุงรัตน์[7] ที่พบว่า หย่อมบ้านวังไผ่ มีทุนทางวัฒนธรรมที่มีศักยภาพ มีวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะถิ่น มีความสวยงามของธรรมชาติ และกิจกรรมท่องเที่ยวที่สะท้อนให้เห็นถึงภูมิปัญญาท้องถิ่น พร้อมที่จะรองรับการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมได้
จากผลการวิจัย พบว่า ชุมชนบ้านนาอ้อ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลย มีทุนทางวัฒนธรรมที่หลากหลายและเข้มแข็ง ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นฐานในการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ได้อย่างมีศักยภาพ ดังนี้

ด้านวิถีชีวิตของคนในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า คนในชุมชนบ้านนาอ้อมีวิถีชีวิตเรียบง่าย พึ่งพาเกษตรกรรมเป็นหลัก และมีความเอื้ออาทร ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในกิจกรรมของชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ของ Richards and Raymond[4] ที่เน้นการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่และการถ่ายทอดวิถีชีวิตจริงให้แก่นักท่องเที่ยว ซึ่งวิถีชีวิตของชาวบ้านนาอ้อจึงถือเป็น “ประสบการณ์แท้” ที่สามารถสร้างคุณค่าและความประทับใจให้กับนักท่องเที่ยวได้

ด้านภาษา วัฒนธรรม และอัตลักษณ์ไทลื้อ ผลการวิจัย พบว่า การใช้ภาษาถิ่นเลยหรือภาษาเลยไทลื้อ ความเชื่อเรื่องฮีตสิบสอง คองสิบสี่ และอัตลักษณ์ชาติพันธุ์ไทลื้อ เป็นทุนทางวัฒนธรรมที่สำคัญและโดดเด่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทุนทางวัฒนธรรมของ Bourdieu[8] ที่มองว่าวัฒนธรรม ภาษา ความเชื่อ และวิถีปฏิบัติที่สั่งสมในชุมชน เป็นทรัพยากรที่สามารถแปลงเป็นคุณค่าเชิงเศรษฐกิจและสังคมได้ ในบริบทของการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ ฮีตสิบสอง คองสิบสี่ ไม่เพียงเป็นประเพณีที่สะท้อนภูมิปัญญาท้องถิ่น แต่ยังสามารถออกแบบเป็นกิจกรรมเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เช่น การเข้าร่วมงานบุญ การเรียนรู้ความหมายของพิธีกรรม นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภางค์ จันทวานิช[9] ที่ระบุว่าวัฒนธรรมท้องถิ่นและอัตลักษณ์ชาติพันธุ์เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมอย่างยั่งยืน

สรุป

ชุมชนบ้านนาอ้อ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลยมีทุนทางวัฒนธรรมที่มีความหลากหลาย เช่น วิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่มีความสมถะ เรียบง่าย และมีน้ำใจ มีภาษาเลยไทลื้อ ซึ่งเป็นภาษาที่น่ารักและเป็นกันเอง สำเนียงการพูดนิ่มนวล คนในชุมชนมีมารยาทงาม รักสงบ มีวัฒนธรรมของชุมชนซึ่งถือว่าเป็นทรัพยากรทางการท่องเที่ยวที่มีความเป็นอัตลักษณ์และโดดเด่นในการสร้างความความทรงจำที่น่าประทับใจให้แก่นักท่องเที่ยว อาทิ ประเพณีฮีตสิบสอง การทอผ้าไทลื้อ การแกะสลัก เป็นต้น อีกทั้ง สถาปัตยกรรมท้องถิ่น (บ้านโบราณ) เทศกาลบุญข้าวจี่เดือน 3 และภูมินิเวศวัฒนธรรมที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวที่มีความแตกต่างจากหมู่บ้านอื่น ๆ เพราะคนในหมู่บ้านจิตใจดี ยิ้มง่าย พูดเพราะ น้ำเสียงสำนวนนิ่มนวล และมีสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ เช่น วัดศรีจันทร์ วัดศรีชมชื่น ที่ชาวบ้านและนักท่องเที่ยวต่างเลื่อมใสศรัทธา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ชุมชนบ้านนาอ้อควรมีการจัดทำแผนการจัดการทุนทางวัฒนธรรมร่วมกับชุมชน เพื่อคัดเลือก ออกแบบ และพัฒนากิจกรรมท่องเที่ยวที่สะท้อนอัตลักษณ์ของพื้นที่อย่างชัดเจน และไม่ส่งผลกระทบต่อคุณค่าทางวัฒนธรรมดั้งเดิม

2. หากภาครัฐ และภาคเอกชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ และการพัฒนาศักยภาพของชุมชนจะส่งผลให้การท่องเที่ยวของชุมชนบ้านนาอ้อเป็นไปด้วยความยั่งยืน

3. การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ของชุมชนบ้านนาอ้อควรคำนึงถึงขีดความสามารถในการรองรับนักท่องเที่ยวของชุมชนเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อวิถีชีวิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และคุณค่าทางวัฒนธรรมของชุมชนซึ่งจะนำไปสู่ความยั่งยืนของการท่องเที่ยวในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การจัดการการท่องเที่ยวในชุมชนบ้านนาอ้อควรได้รับการสนับสนุนในด้านของการจัดทำกลยุทธ์การจัดการการท่องเที่ยวโดยชุมชนอย่างยั่งยืน เพื่อศึกษาความสามารถในการจัดการการท่องเที่ยว โดยชุมชนและจังหวัด

2. งานวิจัยในครั้งต่อไปสามารถมุ่งศึกษาเชิงลึกถึงบทบาท กลไก และความสัมพันธ์ของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อจำกัดของการจัดการร่วมในระดับพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. กองเศรษฐกิจการท่องเที่ยวและกีฬา. (2566). ข้อมูลสถิตินักท่องเที่ยว ปี 2566. :[ออนไลน์] แหล่งที่มา: https://shorturl.asia/0k7cw [5 มีนาคม 2566].
2.องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน. 2558. การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ (Creative Tourism). กรุงเทพมหานคร: โคคูน แอนด์ โค.
3. Salman,D. & Uygur,D. (2010). Creative Tourism and Emotional Labor: An Investigatory Model of Possible Interactions. International Journal of Culture, Tourism, and Hospitality Research, 4(3): 186-197.
4. Richards, G., & Raymond, C. (2000). Creative tourism. ATLAS News, 23, 16–20.
5. Richards,G. & Marques. (2012). Exploring Creative Tourism: Editors Introduction. Journal of Tourism Consumption and Practice, 4(2): 1-11.
6. ปรียวรรณ สุวรรณสูนย์. (2568). การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์ (Creative Tourism). ร้อยเรื่องเมืองไทย. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. สำนักวิชาการ (กุมภาพันธ์ 2568).
7. วันโชค หุ่นผดุงรัตน์. (2564).การศึกษาทุนทางวัฒนธรรมและการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการจัดการการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม หย่อมบ้านวังไผ่ ตำบลท่าตอน อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่. หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการท่องเที่ยวและบริการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. (บทคัดย่อ).วารสารการวิจัยการบริหารการพัฒนา ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน 2564).หน้า 460.
8. Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. Richardson (Ed.), Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education. New York: Greenwood Press.
9. สุภางค์ จันทวานิช. (2556). การวิจัยเชิงคุณภาพในสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรการแพทย์ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

Health Promotion Behaviors and Factor related to life style of Healthcare Professionals in Bhumibol Adulyadej Hospital: cross-sectional study.

(Received: January 23,2026 ; Revised: January 25,2026 ; Accepted: January 28,2026)

พัณณ์ชิตา สรนาทนิธิโรจน์[1]
Panchita Soranatnitiroj[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าวของบุคลากรการแพทย์ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรการแพทย์อายุ 20–60 ปี จำนวน 320 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแบบแผนการดำเนินชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา: พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณและด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ขณะที่ด้านกิจกรรมทางกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ระดับการศึกษา กลุ่มอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เวลาทำงานต่อวัน เพศ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยที่สัมพันธ์และมีอิทธิพล บุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

Abstract

This research aimed to examine the level of health promotion behaviors and to identify factors associated with and influencing these behaviors among healthcare professionals at Bhumibol Adulyadej Hospital, Royal Thai Air Force.

A survey research by cross-sectional study was conducted among 320 healthcare professionals aged 20–60 years, selected through simple random sampling. Data were collected between May and August 2025 using a self-administered questionnaire covering demographic characteristics and health promotion behaviors based on lifestyle patterns. Data were analyzed using descriptive statistics and the chi-square test.

Results: The overall level of health promotion behaviors was moderate. Spiritual development and interpersonal relationships showed the highest mean scores, whereas physical activity demonstrated the lowest mean score. Educational level, occupational group, average monthly income, daily working hours, gender, and marital status were significantly associated with health promotion behavior levels.

Keywords: Health Promotion Behaviors; Associated and Influencing Factors; Healthcare Professionals; Bhumibol Adulyadej Hospital; Royal Thai Air Force

บทนำ

สุขภาพเป็นทรัพยากรพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของระบบบริการสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์ถือเป็นกำลังสำคัญในการดูแล รักษา ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ

[1] โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

ของประชาชนในทุกระดับ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพและสุขภาวะของบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน[1] แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ระบุว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลเลือกปฏิบัติเพื่อพัฒนาสุขภาพเชิงบวกและคุณภาพชีวิต โดยครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ และสังคม[2] ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในระดับนโยบายสาธารณสุข

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน บุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น[3] การทำงานเป็นกะ เวลาทำงานที่ยาวนาน และความกดดันจากความรับผิดชอบต่อชีวิตผู้ป่วย[4] ส่งผลให้บุคลากรจำนวนไม่น้อยไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม[5] งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และนักศึกษาด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านกิจกรรมทางกายซึ่งมักได้รับคะแนนต่ำที่สุด ขณะที่ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการพัฒนาจิตวิญญาณมีคะแนนสูงกว่า[6,7,8] ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้สุขภาพ ความใส่ใจด้านสุขภาพ ประสิทธิภาพในตนเอง รายได้ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน[7,8]

สำหรับบริบทของบุคลากรการแพทย์ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ทั้งกำลังพล ครอบครัว และประชาชนทั่วไป[9] บุคลากรต้องปฏิบัติงานภายใต้โครงสร้างองค์กรที่มีความเป็นระบบ ระเบียบวินัย และภารกิจด้านความมั่นคงควบคู่กับภารกิจด้านสาธารณสุข[10] ลักษณะการปฏิบัติงานอาจส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร แม้ว่าบุคลากรกลุ่มนี้จะมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง แต่ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าวในบริบทเฉพาะขององค์กร[11]

ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าวของบุคลากรการแพทย์ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผลการวิจัยช่วยให้เข้าใจสภาพปัญหาและปัจจัยเชิงบริบทที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรอย่างชัดเจน สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวทางนโยบาย และมาตรการส่งเสริมสุขภาพในระดับองค์กร อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างสุขภาวะของบุคลากร เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และสนับสนุนความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพในระยะยาว บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรการแพทย์โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และเพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรการแพทย์

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey Research by Cross-sectional study) ดำเนินการในบุคลากรการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือบุคลากรการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ กรุงเทพมหานคร จำนวน 1,578 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายจากบุคลากรการแพทย์อายุ 20–60 ปี ที่มีอายุการทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า

ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 319 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 320 คน

คุณสมบัติของอาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษาต้องเป็นบุคลากรการแพทย์อายุ 20–60 ปี มีอายุการทำงานอย่างน้อย 1 ปี สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ ผู้ที่มีโรคฉับพลันรุนแรงหรือมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาหรือจิตเวชที่อาจส่งผลต่อความสามารถในการตอบแบบสอบถามถูกคัดออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อายุการทำงาน ตำแหน่งงาน ดัชนีมวลกาย และชั่วโมงการทำงานต่อวัน ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 52 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การจัดการความเครียด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เคยปฏิบัติ” ถึง “ปฏิบัติสม่ำเสมอ”[12]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขและการวิจัยทางสุขภาพ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับและใช้ในงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ก่อนนำไปใช้จริง ผู้วิจัยได้ทดสอบความชัดเจนของถ้อยคำกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง[13]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรการแพทย์ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยให้ทราบก่อนขอความยินยอม การเก็บข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) ทั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โดยไม่บันทึกข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของอาสาสมัคร และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กลุ่มอาชีพ และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อายุการทำงาน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ดัชนีมวลกาย และคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใช้สถิติ Chi-square test ตามความเหมาะสม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ (IRB No. 40/68) ผู้

ผลการวิจัย

1. จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรการแพทย์จำนวน 320 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.50) มีอายุระหว่าง 20–30 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 49.69) และมีสถานภาพโสดเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.06) ด้าน

ระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 63.13) ขณะที่ด้านกลุ่มอาชีพ พบว่าปฏิบัติงานในกลุ่มเจ้าหน้าที่สนับสนุน (non-clinical) มากที่สุด (ร้อยละ 45.94) รองลงมาคือกลุ่มแพทย์และพยาบาล (ร้อยละ 35.31) ด้านลักษณะการทำงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุการทำงานระหว่าง 5–10 ปี (ร้อยละ 58.44) และมีเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยต่อวัน 8–10 ชั่วโมง (ร้อยละ 57.19) ด้านดัชนีมวลกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 49.38) อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีสัดส่วนค่อนข้างสูง (ร้อยละ 45.63)

2. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรการแพทย์ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ โดยใช้แบบประเมิน Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) พบว่า ภาพรวมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.39 (S.D. = 0.489) ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกด้านจัดอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากันสองลำดับแรก ได้แก่ ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.69 (S.D. = 0.527) และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.69 (S.D. = 0.589) ลำดับถัดมาคือด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 (S.D. = 0.494) ด้านโภชนาการ (Nutrition) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 (S.D. = 0.498) และด้านการจัดการความเครียด (Stress Management) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 (S.D. = 0.520) ตามลำดับ สำหรับด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย (Physical Activity) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.15 (S.D. = 0.539) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรการแพทย์ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (N=320)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.
พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility)	2.42	0.494
พฤติกรรมการออกกำลังกาย (Physical Activity)	2.15	0.539
พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร (Nutrition)	2.40	0.498
พฤติกรรมด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual Growth)	2.69	0.527
พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations)	2.69	0.589
พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management)	2.34	0.520
เฉลี่ยรวม	**2.39**	**0.489**

3. ผลการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรการแพทย์ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำแนกตามประเด็นสำคัญ ดังนี้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับสูงมาก ($p < 0.01$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลจำนวน 4 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p = 0.000$) กลุ่มอาชีพ ($p = 0.000$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($p = 0.000$) เวลาทำงานต่อวัน ($p = 0.000$)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปัจจัยส่วนบุคคลจำนวน 2 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ ($p = 0.046$) สถานภาพสมรส ($p = 0.037$)

ปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ได้แก่ อายุ ($p = 0.328$) อายุการทำงาน ($p = 0.178$) และ ดัชนีมวลกาย (BMI) ($p = 0.420$) อายุ ($p = 0.328$) อายุการทำงาน ($p = 0.178$) และดัชนีมวลกาย (BMI) ($p = 0.420$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรการแพทย์ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชกรมแพทย์ทหารอากาศ (N=320)

ข้อมูลส่วนบุคคล	p-value*
เพศ	0.046*
อายุ	0.328
สถานภาพสมรส	0.037*
ระดับการศึกษา	0.000**
กลุ่มอาชีพ	0.000**
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.000**
อายุการทำงาน (ปี)	0.178
เวลาทำงานต่อวัน (ชั่วโมง)	0.000**
ดัชนีมวลกาย (BMI)	0.420

หมายเหตุ: * $p<0.05$, ** $p<0.01$

สรุปและอภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์ที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรการแพทย์ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Health Promotion Model ของ Pender ที่อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์ในอดีต และบริบทของสิ่งแวดล้อมในการทำงาน [12] แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะมีความรู้ด้านสุขภาพสูง แต่ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ เช่น ภาระงานและเวลาการทำงาน ส่งผลให้ความรู้ไม่สามารถแปลงเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง[14]

ผลการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ ผลการศึกษาที่กล่าวว่า บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านกิจกรรมทางกายที่ได้คะแนนต่ำที่สุด[15, 16] อธิบายได้จากภาระงานสูงและรูปแบบการทำงานเป็นกะ ซึ่งส่งผลต่อสมดุลระหว่างการทำงานและการดูแลสุขภาพตนเอง[17,18]

จากการพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณและด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด สะท้อนลักษณะเฉพาะของวิชาชีพทางการแพทย์ที่ต้องอาศัยความหมายของงาน ความเมตตา และการทำงานเป็นทีม ซึ่งมีผลการศึกษา พบว่า ความหมายของงานและความสัมพันธ์ในทีมสหวิชาชีพมีบทบาทสำคัญต่อความยืดหยุ่นทางจิตใจ (resilience) และสุขภาวะของบุคลากรทางการแพทย์[19] ซึ่งสอดคล้องกับกรอบสุขภาพองค์รวมขององค์การอนามัยโลก[1]

ด้านกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมากที่ระบุว่าบุคลากรทางการแพทย์มีอัตราการออกกำลังกายต่ำกว่าที่ควร แม้จะมีความรู้ด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) [20] บริบทการแพทย์กล่าวว่า การขาดกิจกรรมทางกายสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะเมตาบอลิก และภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งองค์กรอนามัยโลกได้จัดให้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อความยั่งยืนของกำลังคนด้านสุขภาพ [21]

จากวัตถุประสงค์ที่ 2 ผลการศึกษายังพบว่า ระดับการศึกษา กลุ่มอาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และงานของ Berkman et al. ที่ระบุว่า การศึกษาช่วยเพิ่มความสามารถในการประเมินข้อมูลสุขภาพและตัดสินใจเชิงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ขณะที่รายได้เป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างที่เอื้อต่อการเข้าถึงทรัพยากรด้านสุขภาพ เช่น อาหารที่มีคุณภาพ การ

ออกกำลังกาย และบริการส่งเสริมสุขภาพ[22] ประเด็นที่น่าสนใจคือ ความสัมพันธ์ระหว่างเวลาทำงานต่อวันกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจสะท้อนกลไกการปรับตัวเชิงพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าบุคลากรที่ตระหนักถึงความเสี่ยงจากภาระงานสูงมีแนวโน้มพยายามดูแลสุขภาพในบางมิติ เพื่อรักษาสมรรถนะและความสามารถในการปฏิบัติงานในระยะยาว[23]

โดยสรุป ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรการแพทย์เป็นผลลัพธ์ของปัจจัยหลายระดับ ทั้งระดับบุคคล ระดับวิชาชีพ และระดับองค์กร ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรควรดำเนินการอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมการปรับโครงสร้างเวลาการทำงาน การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ให้ความสำคัญกับสุขภาวะ และการบูรณาการแนวคิดสุขภาพองค์รวมเข้าสู่การบริหารทรัพยากรมนุษย์ทางการแพทย์ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพการทำงานอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

1. การพัฒนามาตรการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในระดับองค์กรอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการส่งเสริมกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทการทำงานจริง เช่น การจัดกิจกรรมออกกำลังกายในสถานที่ทำงาน การสนับสนุนเวลาพักเพื่อการดูแลสุขภาพ และการออกแบบสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย

2. การให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการเวลาทำงานและภาระงาน เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากร พร้อมทั้งส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรที่ให้คุณค่ากับสุขภาวะของบุคลากรควบคู่กับประสิทธิภาพการทำงาน

3. การบูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมเข้าสู่การบริหารทรัพยากรมนุษย์ทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของกลุ่มอาชีพ ระดับการศึกษา และสถานะทางเศรษฐกิจของบุคลากร เพื่อให้มาตรการส่งเสริมสุขภาพมีความเหมาะสมและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การดำเนินการวิจัยแบบติดตามผลในระยะยาว (longitudinal study) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของบุคลากรการแพทย์ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

2. การขยายขอบเขตการศึกษาไปยังโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพในระดับและบริบทอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยและสะท้อนภาพรวมของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรการแพทย์ในระดับประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาถ่ายทอดความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้ทำวิจัยเป็นอย่างดีตลอดมา ขอขอบพระคุณศูนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศที่ให้ความสนับสนุนทุนวิจัย และสุดท้ายผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยให้รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2013). Transforming and Scaling Up Health Professionals' Education and Training: World Health Organization Guidelines 2013 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2026 Jan 15]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK298953/

2. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA.(2015). Health Promotion in Nursing Practice [Internet]. Pearson; 2015. 342 p. Available from: https://www.minams.edu.pk/cPanel/ebooks/H.A/Health%20Promotion%20in%20Nursing%20Pra%20-%20Nola%20Pender.pdf
3. Rink LC, Oyesanya TO, Adair KC, Humphreys JC, Silva SG, Sexton JB.(2023). Stressors Among Healthcare Workers: A Summative Content Analysis. Glob Qual Nurs Res [Internet]. 2023 Mar 30 [cited 2026 Jan 15];10:23333936231161127. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10068501/
4. Lin R, Lin Y, Hsia Y, Kuo C.(2026). Long working hours and burnout in health care workers: Non linear dose response relationship and the effect mediated by sleeping hours—A cross sectional study. J Occup Health [Internet]. 2021 May 6 [cited 2026 Jan 15];63(1):e12228. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8101694/
5. Wang Q, Ding J, Dai Y, Yang S, Zhou Z, Wang Q, et al.(2026). Occupational Stress, Burnout, and Fatigue Among Healthcare Workers in Shanghai, China: A Questionnaire-Based Cross-Sectional Survey. Healthcare [Internet]. 2025 July 3 [cited 2026 Jan 15];13(13). Available from: https://www.mdpi.com/2227-9032/13/13/1600
6. Beser A, Bahar Z, Büyükkaya D.(2007). Health Promoting Behaviors and Factors related to Lifestyle among Turkish Workers and Occupational Health Nurses' Responsibilities in their Health Promoting Activities. Industrial Health. 2007;45(1):151–9.
7. Hwang Y, Oh J, Hwang Y, Oh J.(2020). Factors Affecting Health-Promoting Behaviors among Nursing Students. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2020 Aug 28 [cited 2026 Jan 15];17(17). Available from: https://www.mdpi.com/1660-4601/17/17/6291
8. Wittayapun Y, Tanasirirug V, Butsripoom B, Ekpanyaskul C.(2010). Factors Affecting Health-promoting Behaviors in Nursing Students of the Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University, Thailand. Thai Journal of Public Health [Internet]. 2010 [cited 2026 Jan 15];40(2):215–25. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/7933
9. Munir UR, Rahman MF, Ahsan MA.(2026). Occupational Stress in Health Professionals of Combined Military Hospitals. J Armed Forces Med Coll [Internet]. 2017 Apr 21 [cited 2026 Jan 15];13(1):37–41. Available from: https://www.banglajol.info/index.php/JAFMC/article/view/41021
10. Varpio L, Bader-Larsen K, Hamwey M, Durning S, Meyer H, Cruthirds D, et al.(2021). Delivering patient care during large-scale emergency situations: Lessons from military care providers. PLOS ONE [Internet]. 2021 Mar 31 [cited 2026 Jan 15];16(3):e0248286. Available from: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0248286
11. Saparniene D, Strukcinskiene B, Mineviciute G, Cizauskaite A, Rapoliene L, Grigoliene R, et al.(2023). Working environment of health care professionals – focus on occupational stress. Ann Agric Environ Med [Internet]. 2023 Dec 22 [cited 2026 Jan 15];30(4):721–8. Available from: https://www.aaem.pl/Working-environment-of-health-care-professionals-focus-on-occupational-stress,172116,0,2.html
12. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ.(1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res. 1987;36(2):76–81.
13. บุญนภา บุญเรือน, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์.(2556). การประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในการส่งเสริมสุขภาพตาของผู้สูงอายุ. Ramathibodi Medical Journal [Internet]. 2556 [cited 2026 Jan 15]; Available from: https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/60679
14. Profis M, Simon-Tuval T.(2016). The influence of healthcare workers' occupation on Health Promoting Lifestyle Profile. Ind Health [Internet]. 2016 Sept [cited 2026 Jan 15];54(5):439–47. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5054285/

15. Luna S, Douphrate D, Choi BY, Flores B, Patel R, Pompeii L.(2025). High Amount of Physical Activity on Work Days Is Associated with More Intense Musculoskeletal Symptoms in Nurses: Seven-Day Observational Study. Nurs Rep [Internet]. 2025 Apr 27 [cited 2026 Jan 15];15(5):143. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12113665/
16. Fitria N, Karisa P, Manseaur GH, Yanti SD, Fitrianingrum A, Ramdhiani N, et al.(2025). Exploring the relationship between physical activity level and work-related demographic factors among emergency and outpatient nurses: a cross-sectional correlational study. BMC Nurs [Internet]. 2025 Sept 2 [cited 2026 Jan 15];24(1):1159. Available from: https://doi.org/10.1186/s12912-025-03792-5
17. Bolarinde B, Olufemi S, Tolulope SA, Titilayo AH, Oluwabori AM, Olanike ST.(2023). Level of Physical Activity and Quality of Life of Healthcare Workers in A Tertiary Health Institution in Southwestern Nigeria. J Adv Sport Phys Edu [Internet]. 2023 Oct 5 [cited 2026 Jan 15];6(09):140–4. Available from: https://saudijournals.com/media/articles/JASPE_69_140-144_dwswKz9.pdf
18. Sansenya P, Patchasuwan NH, Banchonhattakit P.(2025). EFFECTS OF THE “LONG Time DO” PROGRAM TO ENHANCE SELF-EFFICACY WITH SOCIAL SUPPORT FOR HEALTH BEHAVIORS MODIFICATION IN ABDOMINAL OBESITY AMONG HEALTH PERSONNEL. Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) [Internet]. 2025 Nov 20 [cited 2026 Jan 15];40(3):e16569–e16569. Available from: https://thaidj.org/index.php/pjne/article/view/16569
19. บุญฤทธิ์ ประสิทธิ์นราพันธุ์, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์.(2562). การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพแบบทีมสุขภาพในบริการสุขภาพระดับอำเภอ: ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญของการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ. วิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ [Internet]. 2562 Feb 14 [cited 2026 Jan 15];11(1). Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/183013
20. จีริสุดา ศรีแก้ว.(2567). ความเกี่ยวข้องระหว่างการออกกำลังกายกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์: การออกกำลังกายกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์. พุทธชินราชเวชสาร [Internet]. 2567 Sept 6 [cited 2026 Jan 15];41(2):127–35. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BMJ/article/view/270383
21. Pirrello A, Mancuso DG, Pace C, Immordino A, Meli V, Tramuto F, et al.(2025). An observational study on non-communicable disease risk factors among healthcare workers in high-stress environments. Front Public Health [Internet]. 2025 May 26 [cited 2026 Jan 15];13:1609034. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12146185/
22. Bawornthip P, McDonall J, Tamdee D, Driscoll A, Hutchinson A.(2025). Health literacy and uptake of healthy diet and exercise amongst individuals with prehypertension in Thailand. Health Promot Int [Internet]. 2025 June 18 [cited 2026 Jan 15];40(3):daaf089. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12203909/
23. Maisonneuve F, Galy A, Groulx P, Chênevert D, Grady C, Coderre-Ball AM.(2025). Managing Resilience and Exhaustion Among Health Care Workers Through Psychological Self-Care: The Impact of Job Autonomy in Interaction With Role Overload. JHL [Internet]. 2025 Feb 27 [cited 2026 Jan 15];17:63–73. Available from: https://www.dovepress.com/managing-resilience-and-exhaustion-among-health-care-workers-through-p-peer-reviewed-fulltext-article-JHL

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

Prevalence and risk factors of work-related musculoskeletal disorders among nurses at Bhumibol Adulyadej Hospital: Cross-sectional study.

(Received: January 23,2026 ; Revised: January 25,2026 ; Accepted: January 28,2026)

สรัลพร พัฒนมงคล[1]
Sarulporn Pattanamongkol[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ และศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการในพยาบาลโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางในพยาบาลอายุ ≥ 20 ปี และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ปี จำนวน 125 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน–พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียด ST-5 และแบบสอบถามอาการทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ Nordic Musculoskeletal Questionnaire วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Chi-squared/Fisher's exact และการถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค

ผลการศึกษา: พบความชุกของการเกิดอาการ MSDs ร้อยละ 70.40 ตำแหน่งที่พบอาการสูงสุดทั้งในรอบ 7 วันและ 12 เดือน ได้แก่ ไหล่ หลังส่วนล่าง และคอ โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างช่วงเวลา ($p > 0.05$) ปัจจัยส่วนบุคคลไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดอาการ ขณะที่ภาระงานและปริมาณงานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.037$) ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการในรอบ 7 วัน ($p = 0.011$) และจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบว่า "ความเครียด" เป็นปัจจัยเสี่ยงเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทั้งในระยะสั้น (OR = 0.059, $p = 0.011$) และระยะยาว (OR = 0.088, $p = 0.049$)

คำสำคัญ อาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ, พยาบาล, เกี่ยวข้องกับงาน, ความเครียด

Abstract

This study aimed to decide the prevalence of work-related musculoskeletal disorders and to find risk factors associated with MSDs among nurses at Bhumibol Adulyadej Hospital. Survey research by cross-sectional study was conducted among 125 nurses aged 20 years or older who had worked at Bhumibol Adulyadej Hospital for at least one year. Data were collected between April and November 2025 using a personal information questionnaire, the Stress Test Questionnaire (ST-5), and the Nordic Musculoskeletal Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-squared or Fisher's exact tests, and binary logistic regression.

Results: The prevalence of MSDs was 70.40%. The most often affected body regions in both the 7-day and 12-month periods were the shoulders, lower back, and neck, with no significant difference between the two time periods ($p > 0.05$). Personal factors were not significantly associated with MSDs. High workload and work intensity were significantly associated with MSDs ($p = 0.037$). Stress level was significantly associated with MSDs in the 7-day period ($p = 0.011$). Binary logistic regression revealed that stress was the only significant risk factor associated with MSDs in both the short term (OR = 0.059, $p = 0.011$) and the long term (OR = 0.088, $p = 0.049$).

Keywords Musculoskeletal disorders, Nurse, Work-related, Stress

[1] โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

บทนำ

ความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal Disorders, MSDs) หมายถึง กลุ่มของภาวะหรือโรคที่มีผลกระทบต่อกระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ เอ็น และเส้นใยที่เชื่อมต่อกันในร่างกาย โดยทั่วไปแล้ว MSDs อาจส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด ความแข็งแรงที่ลดลง หรือการเคลื่อนไหวที่จำกัด หากไม่ได้รับการรักษาอาจจะทำให้เกิดโรคเรื้อรัง และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันได้[1]

จากข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และ สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 มีรายงานสถานการณ์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ โดยพบว่าส่วนใหญ่เจ็บป่วยจากปัญหาโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน สาเหตุมาจากลักษณะงานที่จำเพาะหรือมีปัจจัยเสี่ยงสูงในสิ่งแวดล้อมการทำงาน จากข้อมูลด้านสุขภาพจากกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคมและจากรายงาน สถานการณ์โรคและสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ที่มีการรายงานออนไลน์ ปี 2560 ในจำนวนโรงพยาบาล 59 แห่ง และบุคลากร 38,788 คน พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีสิ่งคุกคามสุขภาพทางการยศาสตร์ จากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมจำนวนมาก รองลงมาจากภาวะเครียดจากการทำงาน ร้อยละ 12.9 และ 13.1 ตามลำดับ[2] และจากข้อมูลในต่างประเทศ รายงานของสำนักงานสถิติแรงงานของประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี 2021-2022 มีรายงานความผิดปกติทางกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในสถานที่ทำงานจำนวน 502,380 แห่ง จนส่งผลกระทบทำให้พนักงานต้องหยุดงานอย่างน้อยหนึ่งวัน โดยมีอัตราการเกิด 25.3 ต่อพนักงานเต็มเวลาจำนวน 10,000 คน[3]

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ส่งผลกระทบต่อระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกเนื่องจากการทำงานมีได้หลากหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น ท่าทางที่ไม่เหมาะสม (การบิด การงอ การเอื้อม การดึงหรือยก), การออกแรงที่มากจนเกินไป, การทำงานซ้ำๆหรืออยู่ท่าทางเดิมในระยะเวลานานๆ, ลักษณะงาน, สภาพแวดล้อมในการทำงาน รวมไปถึงปัจจัยทางด้านจิตใจ ชีวภาพและบุคคลด้วย ซึ่งการรวมกันของปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวอาจจะก่อให้เกิดการสะสมและการบาดเจ็บเพิ่มมากยิ่งขึ้น[4,5] บุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาลและผู้ดูแลสุขภาพมักมีความเสี่ยงสูงต่อการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูก เนื่องจากการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำงานในท่าทางที่ไม่สะดวก และการทำงานหนัก จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้พยาบาลต้องหยุดงาน[6] โดยมีการรายงานเกี่ยวกับอาการปวดหลัง, คอ, ไหล่, และข้อ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและพบแพทย์เฉพาะทาง รวมถึงการลดประสิทธิภาพในการทำงานและการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของบุคลากรอีกด้วย[7,8]

เพื่อการป้องกันอุบัติการณ์ของความผิดปกติในระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในกลุ่มพยาบาลหน่วยงานต่างๆ จึงต้องมีการประเมินค่าความชุกและปัจจัยเสี่ยงของความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ อัตราการลาป่วยหรือความเครียดเนื่องจากความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ และนำมาวิเคราะห์ผล
เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของพยาบาล เพื่อลดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรพยาบาลในอนาคต และยังช่วยเสริมสร้างความปลอดภัยทางสุขภาพ ร่างกายและจิตใจในการทำงานของบุคลากร ซึ่งจะส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความชุกของอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey Research by Cross-sectional study) ประชากรที่ใช้ศึกษา ได้แก่ พยาบาลที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีและทำงานที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชมากกว่า 1 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าของประชากรเข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) คือ พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี

เกณฑ์การคัดเลือกออกของประชากรเข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria) คือ มีประวัติเกี่ยวกับการบาดเจ็บของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อภายใน 1 ปี ไม่ว่าสาเหตุอะไรก็ตาม เช่น อุบัติเหตุ หรือมีประวัติการผ่าตัดเกี่ยวกับระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อมาก่อน จำนวนประชากรที่ต้องการจะศึกษา คำนวณโดยใช้สูตรของ Cochran ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง 125 คน (แบ่งเป็นพยาบาลที่ทำงานตามแผนก คือ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินารีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยวิกฤต ห้องผ่าตัดและวิสัญญี หอผู้ป่วยพิเศษ และผู้ป่วยนอก แผนกละอย่างน้อย 15 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพ, ดัชนีมวลกาย, โรคประจำตัว, การออกกำลังกาย, ประวัติการบาดเจ็บในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และ ข้อมูลด้านลักษณะงาน ได้แก่ สถานที่ปฏิบัติงาน, อายุการทำงาน, ชั่วโมงการทำงานต่อวัน/ต่อสัปดาห์, ลักษณะท่าทางในการทำงาน, การทำอาชีพเสริม ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านความเครียด โดยใช้แบบประเมิน the stress test questionnaire (ST-5) ประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา และส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลด้านอาการทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ โดยใช้ต้นแบบมาจาก Nordic musculoskeletal questionnaire ประเมินอาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วงเวลา 7 วัน หรือ 12 เดือนที่ผ่านมา โดยแบบสอบถามนี้จะสำรวจการเจ็บปวดของร่างกาย ได้แก่ คอ หัวไหล่ ข้อศอก ข้อมือ มือ หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง ต้นขา เข่า ขา และ เท้า ที่แปลเป็นภาษาไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการดำเนินการแจกแบบสอบถามข้อมูลด้านบุคคล แบบประเมินด้านความเครียด the stress test questionnaire (ST-5) และ แบบประเมินอาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ Nordic musculoskeletal questionnaire พร้อมเอกสารชี้แจงให้กับกลุ่มพยาบาลที่ทำงานตามวอร์ดและหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง และเก็บใส่ซองเพื่อรักษาข้อมูล ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และไม่นำเสนอชื่อผู้เข้าร่วมในงานวิจัย เมื่อรวบรวมแบบสอบถามได้ทั้งหมดแล้ว ทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาเก็บรวบรวมมาประมวลผล วิเคราะห์ทางสถิติ อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) นำเสนอในรูปข้อมูล ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) (normal distribution), มัธยฐาน (Median, interquartile range) (non-normal distribution) เปรียบเทียบการเกิด MSDs กับข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงโดยใช้การทดสอบ Chi-squared tests หรือ Fisher's exact tests กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ข้อมูลทางสถิติวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ (IRB No. 18/68)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า บุคคลของพยาบาลในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 125 ราย พบว่ากลุ่มที่มีอาการ MSDs มีจำนวน 88 ราย (ร้อยละ 70.40) และกลุ่มที่ไม่มีอาการ 37 ราย (ร้อยละ 29.60) กลุ่มที่มีอาการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 30–39 ปี มีสถานภาพโสด ไม่มีโรคประจำตัว และมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ขณะที่พฤติกรรมการออกกำลังกายและประวัติการบาดเจ็บมีสัดส่วนใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีอาการ

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย และประวัติการบาดเจ็บในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) กับการเกิดอาการ MSDs (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ข้อมูลส่วนบุคคล		กลุ่มไม่มีความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (n=37)		กลุ่มมีความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (n=88)		p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	10	(8.00)	25	(20.00)	0.530[a]
	หญิง	27	(21.60)	63	(50.40)	
อายุ	20-29 ปี	13	(10.40)	24	(19.20)	0.551
	30-39 ปี	19	(15.20)	43	(34.40)	
	40-49 ปี	3	(2.40)	15	(12.00)	
	50-59 ปี	2	(1.60)	6	(4.80)	
สถานภาพ	โสด	24	(19.20)	56	(44.80)	0.532[a]
	สมรส	13	(10.40)	32	(25.60)	
โรคประจำตัว	ไม่มี	34	(27.20)	74	(59.20)	0.193[a]
	มี	3	(2.40)	14	(11.20)	
ดัชนีมวลกาย	ต่ำกว่าเกณฑ์	2	(1.60)	3	(2.40)	0.191
	ปกติ	32	(25.60)	67	(53.60)	
	เกินเกณฑ์	3	(2.40)	18	(14.40)	
การออกกำลังกาย	ไม่ออกกำลังกาย	19	(15.20)	43	(34.40)	0.477[a]
	ออกกำลังกาย	18	(14.40)	45	(36.00)	
ประวัติการบาดเจ็บ	ไม่เคย	35	(28.00)	85	(68.00)	0.465[a]
	เคย	2	(1.60)	3	(2.40)	

[a] Fisher's exact tests

จากการวิเคราะห์ปัจจัยด้านลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่มที่มีและไม่มีความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (MSDs) พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมากกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมีสัดส่วนผู้ที่มีท่าทางการทำงานซ้ำและมีภาระงานสูงในระดับสูง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอาการ MSDs ซึ่งมีสัดส่วนผู้ที่มีท่าทางการทำงานซ้ำและมีภาระงานสูงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติด้วย Chi-squared test และ Fisher's exact test พบว่า สถานที่ปฏิบัติงาน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ ชั่วโมงการทำงานต่อวัน อายุการทำงาน ลักษณะงานที่ใช้แรงและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ท่าทางการทำงานซ้ำ ผลกระทบต่อร่างกายก่อนเริ่มงาน และการประกอบอาชีพเสริม ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) กับการเกิดอาการ MSDs อย่างไรก็ตาม พบว่า "ภาระงานและปริมาณงานสูง" มีความสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.037$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านลักษณะงานของพยาบาลในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำแนกตามการมีความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

ข้อมูลด้านลักษณะงาน		กลุ่มไม่มีความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (n=37)		กลุ่มมีความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (n=88)		p
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานที่ปฏิบัติงานพยาบาล	อายุรกรรม	4	(3.20)	10	(8.00)	0.101
	ศัลยกรรม	7	(5.60)	7	(5.60)	
	สูตินารีเวชกรรม	2	(1.60)	12	(9.60)	
	กุมารเวชกรรม	3	(2.40)	11	(8.80)	
	ออร์โธปิดิกส์	6	(4.80)	8	(6.40)	
	หอผู้ป่วยวิกฤต	4	(3.20)	10	(8.00)	
	ห้องผ่าตัดและวิสัญญี	1	(0.80)	12	(9.60)	
	หอผู้ป่วยพิเศษ	3	(2.40)	12	(9.60)	
	ผู้ป่วยนอก	7	(5.60)	6	(4.80)	
ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์	ไม่เกิน 48 ชั่วโมง	5	(4.00)	12	(9.60)	0.615[a]
	เกิน 48 ชั่วโมง	32	(25.60)	76	(60.80)	
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน	8 ชั่วโมง/วัน	9	(7.20)	13	(10.40)	0.425
	12 ชั่วโมง/วัน	9	(7.20)	22	(17.60)	
	16 ชั่วโมง/วัน	19	(15.20)	53	(42.40)	
อายุการทำงาน	น้อยกว่า 1 ปี	12	(9.60)	21	(16.80)	0.696
	1-5 ปี	14	(11.20)	39	(31.20)	
	6-10 ปี	5	(4.00)	16	(12.80)	
	11-15 ปี	6	(4.80)	12	(9.60)	
ลักษณะท่าทางในการทำงาน						
งานที่ใช้แรงและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	ใช่	23	(18.40)	47	(37.60)	0.242[a]
	ไม่ใช่	14	(11.20)	41	(32.80)	
ท่าทางการทำงานและการใช้กล้ามเนื้อ	ใช่	36	(28.80)	86	(68.80)	0.655[a]
	ไม่ใช่	1	(0.80)	2	(1.60)	
ภาระงานและปริมาณงาน	ใช่	21	(16.80)	66	(52.80)	0.037[a]*
	ไม่ใช่	16	(12.80)	22	(17.60)	
ผลกระทบต่อร่างกาย/อาการก่อนเริ่มงาน	ใช่	37	(29.60)	80	(64.00)	0.055[a]
	ไม่ใช่	0	(0.00)	8	(6.40)	
อาชีพเสริม	ไม่มี	34	(27.20)	84	(67.20)	0.342[a]
	มี	3	(2.40)	4	(3.20)	

[a] Fisher's exact tests

การวิเคราะห์ความชุกของการเกิดความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (MSDs) จำแนกตามตำแหน่งของร่างกายในพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 125 ราย พบว่า ทั้งในระยะสั้นช่วง 7 วันที่ผ่านมา และระยะยาวช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีรูปแบบการกระจายตัวของอาการที่ใกล้เคียงกัน พบว่า ในระยะสั้น (7 วัน) ตำแหน่งที่พบความชุกของอาการสูงสุด ได้แก่ ไหล่ (ร้อยละ 28.80) รองลงมาคือ หลังส่วนล่าง (ร้อยละ 23.20) และคอ (ร้อยละ 22.40) ขณะที่ตำแหน่งที่พบอาการน้อยที่สุดคือ ข้อศอก (ร้อยละ 2.40) ในระยะยาว (12 เดือน) พบตำแหน่งที่มีความชุกสูงสุดที่ไหล่ (ร้อยละ 28.00) ตามด้วยหลังส่วนล่าง (ร้อยละ 24.80) คอ (ร้อยละ 22.40) และหลังส่วนบน (ร้อยละ 21.60) โดยข้อศอกยังคงเป็น

ตำแหน่งที่มีความชุกต่ำที่สุดเช่นเดียวกัน ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า ตำแหน่งของร่างกายทุกส่วนไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างช่วงเวลา 7 วันและ 12 เดือน ($p > 0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความชุกของการเกิดความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในรอบ 7 วัน และในรอบ 12 เดือน ของพยาบาลในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ส่วนของร่างกาย	การมีอาการ	ความชุกในรอบ 7 วัน (กลุ่มที่มีความผิดปกติ)		ความชุกในรอบ 12 เดือน (กลุ่มที่มีความผิดปกติ)		p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
คอ	ไม่มีอาการ	60	(48.00)	77	(61.60)	1.000[b]
	มีอาการ	28	(22.40)	28	(22.40)	
หลังส่วนบน	ไม่มีอาการ	67	(53.60)	78	(62.40)	0.210[b]
	มีอาการ	21	(16.80)	27	(21.60)	
ไหล่	ไม่มีอาการ	52	(41.60)	70	(56.00)	1.000[b]
	มีอาการ	36	(28.80)	35	(28.00)	
ข้อศอก	ไม่มีอาการ	85	(68.00)	102	(81.60)	1.000[b]
	มีอาการ	3	(2.40)	3	(2.40)	
ข้อมือและมือ	ไม่มีอาการ	70	(56.00)	89	(71.20)	0.774[b]
	มีอาการ	18	(14.40)	16	(12.80)	
หลังส่วนล่าง	ไม่มีอาการ	59	(47.20)	74	(59.20)	0.856[b]
	มีอาการ	29	(23.20)	31	(24.80)	
สะโพกและต้นขา	ไม่มีอาการ	79	(63.20)	94	(75.20)	0.727[b]
	มีอาการ	9	(7.20)	11	(8.80)	
เข่า	ไม่มีอาการ	79	(63.20)	96	(76.80)	1.000[b]
	มีอาการ	9	(7.20)	9	(7.20)	
ข้อเท้าและเท้า	ไม่มีอาการ	70	(56.00)	82	(65.60)	0.267[b]
	มีอาการ	18	(14.40)	23	(18.40)	

[b] McNemar

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (MSDs) ในพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้การถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค พบว่า “ระดับความเครียด” เป็นปัจจัยเสี่ยงเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการ MSDs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยในรอบ 7 วัน ($p = 0.011$, OR = 0.059, 95% CI = 0.007–0.520) และในรอบ 12 เดือน ($p = 0.049$, OR = 0.088, 95% CI = 0.008–0.987) พบว่าความเครียดมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพยาบาล ปัจจัยด้านลักษณะงานและภาระงาน แม้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่พบแนวโน้มที่สำคัญ โดยกลุ่มที่มีภาระงานสูงมีโอกาสเกิดอาการในรอบ 7 วันมากกว่ากลุ่มที่มีภาระงานปกติ 2.82 เท่า (OR = 2.820, $p = 0.082$) และท่าทางการทำงานและการใช้กล้ามเนื้อมีค่า OR สูง (OR = 17.292) แม้ช่วงความเชื่อมั่นกว้างและยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญ

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มเกิดอาการในรอบ 12 เดือนสูงกว่าเพศชาย (OR = 4.831, $p = 0.077$) ขณะที่ปัจจัยอื่น ได้แก่ อายุ สถานภาพ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย และประวัติการบาดเจ็บไม่พบความสัมพันธ์เชิงสถิติกับการเกิด MSDs

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและชั่วโมงการทำงาน ได้แก่ แผนกที่ปฏิบัติงาน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ ชั่วโมงการทำงานต่อวัน และอายุการทำงาน ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งสองช่วงเวลาที่ศึกษา สรุปได้ว่า

“ความเครียด” เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่มีผลต่อการเกิด MSDs ในพยาบาลจากการศึกษาครั้งนี้ ขณะที่ปัจจัยด้านภาระงานและท่าทางการทำงานมีแนวโน้มเป็นปัจจัยร่วมที่ควรได้รับการเฝ้าระวังต่อไป (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดอาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวของกับการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชในรอบ 7 วัน และในรอบ 12 เดือน

ปัจจัยเสี่ยง	OR	p	95% CI	OR	p	95% CI
เพศ (หญิง)	0.821	0.747	(0.249 - 2.711)	4.831	0.077	(0.842 - 27.704)
ช่วงอายุ (40 ปีขึ้นไป)	0.094	0.059	(0.008 - 1.091)	0.497	0.535	(0.054 - 4.536)
สถานภาพ (สมรส)	2.359	0.209	(0.618 - 9.008)	0.700	0.623	(0.169 - 2.902)
โรคประจำตัว (มี)	0.302	0.295	(0.032 - 2.845)	0.280	0.349	(0.020 - 4.009)
ดัชนีมวลกาย (เกินเกณฑ์)	0.469	0.362	(0.092 - 2.388)	0.274	0.192	(0.039 - 1.915)
การออกกำลังกาย (ใช่)	0.618	0.384	(0.209 - 1.826)	0.280	0.061	(0.074 - 1.058)
ประวัติการบาดเจ็บ (เคย)	9.196	0.416	(0.044 - 1919.443)	0.000	0.999	(0.000 - 0.000)
สถานที่ปฏิบัติงาน (เสี่ยง)	0.967	0.949	(0.343 - 2.724)	0.287	0.079	(0.071 - 1.156)
ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ (> 48ชั่วโมง)	1.421	0.841	(0.046 - 43.551)	0.203	0.422	(0.004 - 9.900)
ชั่วโมงการทำงานต่อวัน (> 8 ชั่วโมง)	0.070	0.091	(0.003 - 1.526)	5.995	0.356	(0.134 - 267.714)
อายุการทำงาน (> 5 ปี)	0.699	0.564	(0.208 - 2.354)	0.699	0.605	(0.180 - 2.717)
ลักษณะงาน						
งานที่ใช้แรงและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (ใช่)	0.333	0.073	(0.100 - 1.108)	0.595	0.456	(0.151 - 2.335)
ท่าทางการทำงานและการใช้กล้ามเนื้อ (ใช่)	17.292	0.312	(0.069 - 4315.963)	>10	0.999	(0.000 - 0.000)
ภาระงานและปริมาณงาน (ใช่)	2.820	0.082	(0.876 - 9.079)	0.347	0.163	(0.079 - 1.533)
ผลกระทบต่อร่างกาย (ใช่)	0.000	0.999	(0.000 - 0.000)	0.000	0.999	(0.000 - 0.000)
ความเครียด (มีความเครียด)	0.059*	0.011	(0.007 - 0.520)	0.088	0.049*	(0.008 - 0.987)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์หลัก การศึกษาความชุกอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจำแนกตามตำแหน่งของร่างกาย พบว่า บริเวณไหล่หลังส่วนล่าง และคอ เป็นตำแหน่งที่พบอาการสูงสุดทั้งในรอบ 7 วันและรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พยาบาลมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ[9-10] เป็นผลจากลักษณะงานที่ต้องใช้ท่าทางเดิมซ้ำ ๆ การยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการทำงานในท่าที่ไม่เหมาะสมตามหลักการยศาสตร์[4-5] จากการศึกษาเปรียบเทียบความชุกของอาการในช่วงเวลา 7 วันและ 12 เดือน พบว่า ความชุกของอาการในช่วงเวลา 7 วันและ 12 เดือนไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบตำแหน่งของอาการในลักษณะเดียวกันทั้งสองช่วงเวลา แสดงให้เห็นว่า อาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในกลุ่มพยาบาลมีลักษณะเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน และเมื่อเกิดซ้ำอย่างต่อเนื่องอาจนำไปสู่ผลกระทบด้านสุขภาพในระยะยาว โดยเฉพาะในตำแหน่งที่ต้องรับภาระงานและการใช้กล้ามเนื้อซ้ำ ๆ เช่น ไหล่และหลังส่วนล่าง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านการยศาสตร์ที่อธิบายถึงการสะสมของการบาดเจ็บจากการทำงาน[4-5]

จากวัตถุประสงค์รอง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย การออกกำลังกาย และประวัติการบาดเจ็บ ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่าปัจจัยด้านลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานมีอิทธิพลต่อการเกิดอาการมากกว่าปัจจัยส่วนบุคคล[6-7] ขณะที่ปัจจัยจากลักษณะงานพบว่า ภาระงานและปริมาณงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการ

อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานของกรมควบคุมโรค[1] และงานวิจัยที่ชี้ว่าภาระงานสูงและการพักผ่อนไม่เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเมื่อยล้าและการบาดเจ็บของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก[4,8] ส่วนปัจจัยด้านสถานที่ปฏิบัติงาน ชั่วโมงการทำงานและอายุการทำงานไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าลักษณะการทำงานของพยาบาลในหลายหน่วยงานมีความใกล้เคียงกัน สำหรับปัจจัยด้านความเครียด พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในระยะสั้น และจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบว่า “ความเครียด” เป็นปัจจัยเสี่ยงเพียงปัจจัยเดียวที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทั้งในระยะสั้นและระยะยาว สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์สุขภาพจากการทำงานและแนวคิดที่อธิบายว่าความเครียดเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ กระทบต่อการรับรู้ความเจ็บปวด และลดความสามารถในการฟื้นตัวของร่างกาย[6-8] โดยสรุป อาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในกลุ่มพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางกายภาพและความเครียดจากการทำงานเป็นสำคัญ ซึ่งควรนำไปใช้ในการกำหนดมาตรการป้องกันเชิงองค์กรควบคู่กับการปรับปรุงด้านการยศาสตร์และการจัดการภาระงานอย่างเหมาะสม[1,4-5]

สรุปได้ว่าจากวัตถุประสงค์หลัก ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพจำนวน 125 ราย มีความชุกของการเกิดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อสูงถึงร้อยละ 70.40 ตำแหน่งที่พบอาการสูงสุดทั้งในระยะสั้น (7 วัน) และระยะยาว (12 เดือน) ได้แก่ ไหล่ หลังส่วนล่าง และคอ โดยรูปแบบการกระจายตัวของตำแหน่งอาการมีความสม่ำเสมอไม่เปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา ผลการทดสอบความแตกต่างของความชุกระหว่างช่วงเวลา 7 วันและ 12 เดือนในแต่ละตำแหน่งของร่างกายด้วยสถิติ McNemar test ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงว่า ความถี่ของการเกิดอาการในแต่ละตำแหน่งไม่ได้แตกต่างกันระหว่างการประเมินระยะสั้นและระยะยาว สะท้อนว่าอาการ MSDs มีลักษณะเกิดซ้ำอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรัง โดยเฉพาะบริเวณไหล่และหลังส่วนล่าง

จากวัตถุประสงค์รอง ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย และประวัติการบาดเจ็บในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ปัจจัยด้านลักษณะงาน พบว่า “ภาระงานและปริมาณงาน” มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ปัจจัยด้านสถานที่ปฏิบัติงาน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ อายุการทำงาน และการประกอบอาชีพเสริม ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยความเครียดจากการทำงาน ซึ่งประเมินด้วยแบบประเมิน ST-5 พบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการในรอบ 7 วันอย่างมีนัยสำคัญ และจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค พบว่า “ความเครียด” เป็นปัจจัยเสี่ยงเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะของวิจัยนี้ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ให้มีกลุ่มที่ขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อเพิ่มความประสิทธิภาพของงานวิจัย และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ ให้ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องเหมาะสม และเพื่อเพิ่มการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ให้คำปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ

คณาจารย์ทุกท่าน ที่ถ่ายทอดความรู้และให้คำแนะนำ รวมถึงพยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่ทำให้รายงานการศึกษาวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1.ศรุดา จิรัฐกุลธนา (2564). การยศาสตร์และปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ที่ก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช https://www.ohswa.or.th/17805876/ergonomics-and-workstation-design-series-ep1

2.แผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ.๒๕๖๒-๒๕๖๔, กรมควบคุมโรคhttps://www.oic.go.th/FILEWEB/

3. U.S. Bureau of Labor Statistics (BLS)reports 2022. Employer-Reported Workplace Injuries and Illnesses. https://www.bls.gov/news.release/osh.nr0.htm

4. Rujjirat Pongpattarapokin. (2016). Prevalence of Musculoskeletal Disorders and Ergonomics Risk Assessment for Manual Patient Handling Among Adult Critical Care Nurses of Songklanagarind Hospital, Thailand. http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/18239

5. Thanaphum Laithaisong, Wichai Aekplakorn, Paibul Suriyawongpaisal, Chanunporn Tupthai, Chathaya Wongrathanandha. The prevalence and risk factors of musculoskeletal disorders among subcontracted hospital cleaners in Thailand: Cross-sectional study. Journal of Health Research Emerald Publishing Limited e-ISSN: 2586-940X p-ISSN: 0857-4421 DOI 10.1108/JHR-01-2021-0040

6. Thinkhamrop W, Sawaengdee K, Tangcharoensathien V, Theerawit T, Laohasiriwong W, Saengsuwan J, Hurst CP. Burden of musculoskeletal disorders among registered nurses: evidence from the Thai nurse cohort study. BMC Nurs. 2017 Nov 21;16:68. DOI: https://doi.org/10.1186%2Fs12912-017-0263-x

7. Deepa Kumari Bhatta, Gajananda Prakash Bhandari, Nirmal Duwadi, Bal KrishnaBhatta, Ishwori Gurung, Alisha Dahal. Work-Related Musculoskeletal Disorders among Nurses Working at Hospitals of Sudurpaschim Province, Nepal. medRxiv 2023.09.24.23296044. DOI: https://doi.org/10.1101/2023.09.24.23296044

8. Sun W, Yin L, Zhang T, Zhang H, Zhang R, Cai W. Prevalence of Work-Related Musculoskeletal Disorders among Nurses: A Meta-Analysis. Iran J Public Health. 2023 Mar;52(3):463-475. DOI: https://doi.org/10.18502/ijph.v52i3.12130

9. Jin, S., Srisaenpang, S., Pinitsoontorn, S., & Eungpinichpong, W. (2017). Prevalence of Work-Related Musculoskeletal Disorders among Registered Nurses in Srinagarind Hospital, Thailand. Journal of Health Research, 25(2), 61–68. Retrieved from https://he01.tcithaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/80055

10. ความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของผู้ใช้งานแท็บเล็ตในนิสิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร; Journal of Health Science of Thailand Vol.33 No. 4 July-August 2024.

การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

Development of a Self-Management Model to Delay Chronic Kidney Disease in Type 2 Diabetes Patients at Phra Arjarn Fan Arjaro Hospital.

(Received: January 23,2026 ; Revised: January 27,2026 ; Accepted: February 13,2026)

ดาราภรณ์ บุญศรี[1] ลัดดา กวานดา[1] ณัฐกฤตา วงศ์ละคร[2]
Darapoorn Bunsri[1] Ladda Kwanda[1] Nuttagritta Wonglakorn[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุระหว่าง 35-60 ปี มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ที่มารับบริการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 235 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต, แบบแผนการดูแลตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนทางไต และการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์ความแตกต่างก่อนหลังการพัฒนารูปแบบด้วย Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการใช้รูปแบบฯ ค่า GFR ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าระดับน้ำตาล (FBS) ของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบฯ ลดลงน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯในระดับมาก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 3) การรับรู้แบบแผนการดูแลตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 4) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม ก่อนใช้รูปแบบฯอยู่ในระดับมาก หลังการใช้รูปแบบฯอยู่ในระดับปานกลาง 5) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย ก่อนการใช้รูปแบบฯอยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบฯอยู่ในระดับมาก 6) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยา หลังการใช้รูปแบบฯมีการใช้ยาสมุนไพร อาหารเสริม อยู่ในระดับน้อย-น้อยที่สุด และการใช้ยาเบาหวานตามแผนการรักษา อยู่ในระดับที่มากที่สุด 7) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับความเครียด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ มีพฤติกรรมการนอนหลับและการจัดการความเครียดโดยใช้งานอดิเรก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การจัดการกับความเครียดโดยการพูดคุยปรับทุกข์กับบุคคลที่ไว้ใจ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 8) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ การจัดการตนเอง ชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This research was Participatory Action Research (PAR) for Development of a Self-Management Model to Delay Chronic Kidney Disease in Type 2 Diabetes Patients at Phra Arjarn Fan Arjaro Hospital. The Sample were 235 Type 2 Diabetes Patients. Research Instrument by 1) Self-Management Program to Delay Chronic Kidney Disease in Type 2 Diabetes Patients 2) The questionnaire about Knowledge, pattern and behavior for Delay Chronic Kidney 3) The Patient Satisfaction Questionnaire. Data were analyzed by frequenzy , mean , standard deviation , content analysis and Paired t-test.

The result were show 1) Glomerular Filtration Rate (GFR) of sample increased and FBS of sample decreased after model implementation. 2) There was no significant difference in the pre-test and post-test knowledge scores at a

[1] พย.บ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร
[2] พย.ม โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

significance level of .05 (p > .05), indicating high-level achievement. 3) There was no significant difference in the perception of self-care health patterns regarding diabetic kidney complications among type 2 diabetic patients before and after the intervention, with results at a moderate level (p > .05). 4) Self-care behaviors regarding sweet, fatty, and salty food consumption were at a high level before the intervention but decreased to a moderate level after the intervention. 5) The exercise behavior of the sample group increased from a moderate to a high level following the program. 6) Self-care behaviors regarding medication use show that the use of herbal medicines and supplements is at a low to very low level, while adherence to the prescribed diabetes treatment plan is at the highest level. 7) There was a significant difference (p<.05) in sleep behaviors and using hobbies for stress relief before and after the program; however, confiding in trusted people for stress management did not show a significant difference (p<.05). 8) The level of patient satisfaction with the self-management approach for slowing down kidney decline in type 2 diabetic patients was at a high level.

Key words: Model Development, Self-management, Delay Chronic Kidney Disease in Type 2 Diabetes Patients

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกปี ทั้งจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรัง ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตและผู้ป่วยที่รอการปลูกถ่ายไต และมีแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากอัตราตายต่อแสนประชากร 14.24 เพิ่มเป็น 16.49 จากพ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2563 ประมาณการมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรัง ปีละ 10,000 คน ผู้เสียชีวิตเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พ.ศ. 2564 พบมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด 1,007,251 ราย โดยในเขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 107,440 ราย นอกจากนี้ยังต้องใช้งบประมาณจำนวนมากเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว รวมถึงค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วยและครอบครัว กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล[1] กล่าวว่า สาเหตุของภาวะไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาการบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 42.5 มีโรคเบาหวานร้อยละ 41.5 และอีกร้อยละ 16.2 เป็นสาเหตุอื่นๆ ดังนั้น เพื่อป้องกันไม่ให้ประเทศไทยและผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังเกิดภาวะล้มละลายจากปัญหาสุขภาพ ปัฐยาวัชร ปรากฏผล[2] กล่าวว่า การชะลอไตเสื่อมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตเรื้อรัง การชะลอไตเสื่อมที่ประสบความสำเร็จได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นระบบบริการสาธารณสุข ชุมชน สังคม ทั้งภาครัฐและเอกชน แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว[3]

โรคไตเรื้อรังมักเกิดแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง มีความซุกค่อนข้างสูงในวิถีชีวิตของคนเมือง จากการศึกษาของ Center for Disease Control and Prevention พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกาเกิดโรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวานร้อยละ 44 และร้อยละ 29 เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบว่าผู้ป่วยเกิดโรคไตเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 37.5 และ 25.6 ตามลำดับ[3] ปัจจัยที่พบว่ามีเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไตเรื้อรังมีทั้งปัจจัยทางคลินิกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม การมีกิจกรรมทางกายน้อยลงหรือขาดการออกกำลังกาย การดื่มน้ำน้อย การกลั้นปัสสาวะ การรับประทานยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เป็นต้น นอกจากนี้ ธิดารัตน์ อภิญญา[4] กล่าวว่าปัจจุบันคนไทยใช้เวลาอยู่กับเทคโนโลยีและสื่อออนไลน์มากกว่าในอดีต ส่งผลให้วิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป เช่น รสนิยมการรับประทานอาหาร แหล่งอาหารที่เลือกรับประทาน การรับประทานอาหารสำเร็จรูปหรือกึ่งสำเร็จรูป การรับประทานของขบเคี้ยว การใช้เครื่องปรุงรสต่าง ๆ

จำนวนมาก ส่งผลให้ประชากรไทยบริโภคโซเดียม 4 มากกว่าความต้องการของร่างกายถึง 2 เท่า หรือประมาณวันละ 10.8 กรัม ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นและเพิ่มความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังก้าวสู่ภาวะไตเสื่อม จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำการป้องกันตั้งแต่ยังไม่พบภาวะไตเสื่อมเสียหน้าที่ระยะแรก[5] Kanfer & Gaelick-Buys, Lorig & Holman (อ้างถึงในคำแปลง ศรีช้าง)[6] กล่าวว่า การช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นนั้น คือ การชะลอความเสื่อมของไตและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ยาวนานที่สุด ในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตให้ได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสื่อมของไตระยะแรก เนื่องจากยังไม่มีอาการแสดงทางกายอย่างเด่นชัด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดความตระหนักและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาของตนเองและวิธีการจัดการตนเองจนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น เดียวกับการศึกษาในประเทศไทยระยะหลังให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นในกลุ่มเสี่ยงสูงที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานเพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรครายใหม่

โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานและมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ปีงบประมาณ 2565 – 2567 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 5,275 คน, 5,440 คน และ 5,843 คน ตามลำดับ และมีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 1,045 คน, 1,315 คน และ 1,689 คน ตามลำดับ[7] ทั้งนี้ โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆมากมายและจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เพิ่มขึ้นทุกปี อันเนื่องมาจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะไตเสื่อม ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการล้างไตอย่างมหาศาลซึ่งเป็นภาระทางเศรษฐกิจการเงินอย่างมาก ปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวมาข้างต้น หากได้รับการควบคุมและจัดการอย่างเหมาะสมด้วยการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและด้านการรักษาจะสามารถชะลอความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง ลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ โดยเฉพาะการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงโดยประเมินอัตราค่ากรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่เริ่มต้น สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของไตให้ดีขึ้นได้ และการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาโรคเบาหวาน เช่น การรับรู้ด้านอาหารที่เหมาะสมและค่าดัชนีมวลกายจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานได้[8] ดังนั้นเพื่อชะลอ/ป้องกันการเกิดภาวะไตเสื่อม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โดยนำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer and Gaelick-Buys[9] ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) บูรณาการร่วมกับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค 5 เอ ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง (A 5's behavior change model adapted for self-management support) ของ Glasgow et al.[10] ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน (Assess) การแนะนำให้คำปรึกษา (Advise) การยอมรับ (Agree)การช่วยเหลือสนับสนุน (Assist)และการติดตามประเมินผล (Arrange) เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิด 2 สามารถจัดการพฤติกรรมตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา การสูบบุหรี่ และการจัดการความเครียด ผลของการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลให้เกิดกระบวนการจัดการตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง และการทำหน้าที่ของไตดีขึ้น ไม่เพิ่มความรุนแรงสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและใช้ในการกำหนดนโยบายการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ระยะแรกของการ

ดำเนินโรคเพื่อลด ชะลอ หรือป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนทางไต อันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองในการป้องกันโรคแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยบูรณาการรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer and Gaelick Buys และเทคนิค 5 เอของ Glasgow et al. ในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาของตนเอง (Assess) ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนแก้ไขปัญหาตามเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบการติดตามตนเอง (Self-monitoring) ขั้นตอนที่ 4 การประเมินตนเอง (Self-evaluation) ขั้นตอนที่5 การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement)

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35-60 ปี มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ที่มารับบริการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 235 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ Daniel

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35-60ปี มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ที่มารับบริการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อย่างน้อย 1 ปี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ Daniel จำนวน 235 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และรับการดูแลรักษามาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) มีสติสัมปชัญญะสามารถสื่อสารและพูดคุยภาษาไทยได้เป็นอย่างดี 3) มีอายุระหว่าง 35 – 60 ปี 4) ผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 อัตราการกรองของไต(eGFR) ≥90mL/min/1.73 m2 และค่า eGFR ลดลง 4 ml/min/1.73 ตารางเมตร 5) ต้องสามารถให้ข้อมูลและยินยอมในการเข้าร่วมโครงการได้ โดยได้รับความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)

1) ผู้ที่มีภาวะโรคอื่นๆ ที่รุนแรง เช่นโรคหัวใจ โรคมะเร็ง หรือโรคติดเชื้อที่ต้องการการรักษาฉุกเฉิน หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่เกี่ยวข้องกับเบาหวาน 2) ผู้ที่มีอาการไม่สามารถปฏิบัติตามการจัดการตนเอง: เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ หรือมีภาวะทางจิตเวชที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการจัดการตนเองได้ ผู้พิการหรือมีภาวะทุพพลภาพ 3) มีภาวะเจ็บป่วยระหว่างการวิจัย 4) ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร เพื่อป้องกันการมีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาหรือทารก 5) ขอถอนตัวก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ที่พัฒนาขึ้น
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งนี้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว(เป็นร่วมกับเบาหวาน) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) และเป็นคำถามปลายเปิด มีทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ของบลูม ประยุกต์จากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังของปริญญ์ อยู่เมือง[11] มีลักษณะที่เป็นแบบถามตอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ มีทั้งหมด 15 ข้อ

ส่วนที่3 แบบสอบถามแบบแผนการดูแลตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนต็อก และประยุกต์จากแบบสอบถามของปริญญ์ อยู่เมือง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากเบาหวาน (2) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไตจากเบาหวาน (3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตจากเบาหวาน และ (4) การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตจากเบาหวาน ข้อคำถามด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert scale)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่ และด้านการจัดการกับความเครียด ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert scale) โดยประยุกต์จากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 2 ของวันวิสาข์ สนใจ[12]

2.2 รายงานผลการตรวจวัดระดับค่า eGFR, HbA1C ของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบเนื้อหาให้ตรงกับวัตถุประสงค์ ผลการตรวจสอบได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ดังนี้ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่า CVI = 0.80 แบบสอบถามแบบแผนการดูแลตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่า CVI = 0.80 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่า CVI = 0.86 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย มีค่า CVI = 0.82

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์และประเมินการใช้ยาเสพติดไปใช้กับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ได้ดังนี้ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของ Kuder-Richardson (KR-20) = 0.84 แบบสอบถามแบบแผนการดูแลตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิดที่ 2 มีค่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอิสาน ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในห้องตรวจผู้ป่วยเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวมรวมข้อมูลดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

2. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากการตอบแบบสอบถาม, แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และรายงานข้อมูลการตรวจวัดระดับค่า eGFR, HbA1C ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบแผนการดูแลตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนทางไตฯ พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมฯ และความพึงพอใจฯ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคแทรกซ้อนทางไตฯแบบแผนการ
ดูแลตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนทางไต และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมฯ ด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอิสาน วิทยาเขตสกลนคร

ผลการวิจัย

1. จากการประชุมระดมสมองทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เพื่อหารูปแบบส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สรุปได้รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ดังภาพที่ 1

2. ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองในการป้องกันโรคแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=235) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 พบเพศชายร้อยละ 26.20 เพศหญิงร้อยละ 67.10 อายุเฉลี่ย 54.31 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ สมรส ร้อยละ 87.30 จบการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่คือประถมศึกษา ร้อยละ 77.00 อาชีพส่วนใหญ่คือไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 39.30 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1,001-5,000 บาท ร้อยละ 43.50 การพักอาศัยส่วนใหญ่อยู่กับผู้ดูแล ร้อยละ 89.30 โรคร่วมเบาหวานคือความดันโลหิตสูงร้อยละ 43.70 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 53.19 ระยะเวลาในการเป็นเบาหวานเฉลี่ย 5.87 ปี

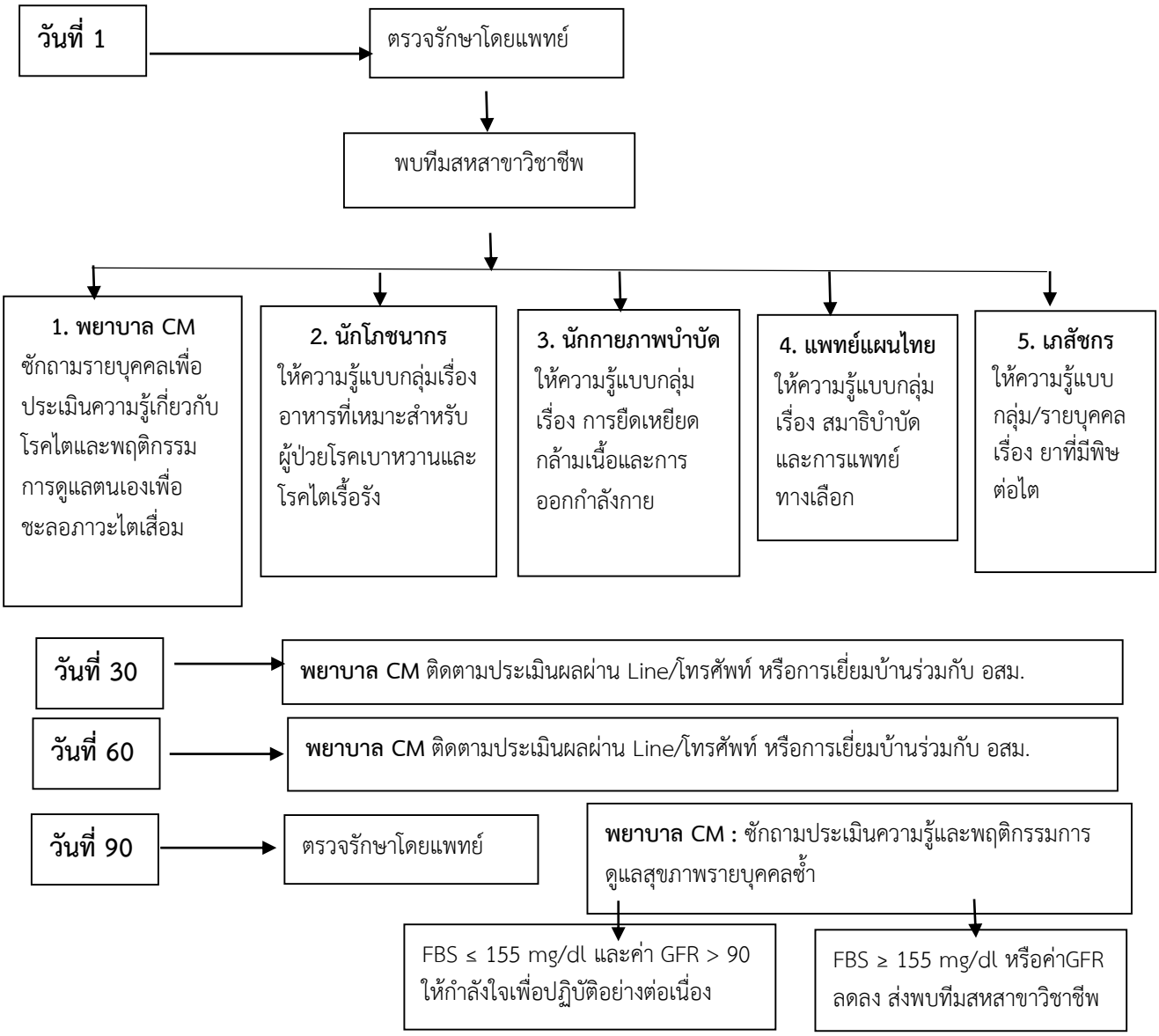
2.2 การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ (N=235) พบว่าก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในภาพรวม **ระดับมาก** ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ามีข้อที่คะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบฯเพิ่มขึ้นจำนวน 6 ข้อ จากจำนวนทั้งหมด 15 ข้อ และมีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้แก่

ข้อ 1 การดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบมาก ช่วยลดน้ำหนักและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต

ข้อ 8 การกินยาสมุนไพรติดต่อกันเป็นเวลานานจะส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต

ข้อ 9 การรับประทานยาแก้ปวดอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อการเกิดภาวะ แทรกซ้อนทางไต

ข้อ 12 การได้รับควันบุหรี่ทำให้อัตราการไหลเวียนของเลือดในไตลดลงและมีผลเสียต่อการทำงานของไต



ภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อ 14 ความเครียดทำให้ระดับน้ำตาลกลูโคสและระดับความดันโลหิตสูงขึ้น เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต

ข้อ 15 การทำงานอดิเรกที่ชอบเป็นการจัดการกับความเครียดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

2.3 ผลการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนการดูแลตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร (N=235) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รับรู้แบบแผนการดูแลตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนทางไตในภาพรวม **ระดับปานกลาง** ไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบดังนี้

2.3.1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนใช้รูปแบบฯมีการรับรู้ใน **ระดับปานกลาง** หลังการใช้รูปแบบฯมีการรับรู้ใน **ระดับมาก**

2.3.2 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังใช้รูปแบบมี**ระดับปานกลาง**

2.3.3 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังใช้รูปแบบมี **ระดับปานกลาง**

2.3.4 ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังใช้รูปแบบมี **ระดับน้อย**

2.4 ผลการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (N=235) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

2.4.1 ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ก่อนใช้รูปแบบฯ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ใน**ระดับมาก** และหลังการใช้รูปแบบฯมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ใน**ระดับปานกลาง** และมีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

2.4.2 ด้านการออกกำลังกาย พบว่าก่อนใช้รูปแบบฯมีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับ**ปานกลาง** หลังการใช้รูปแบบฯมีพฤติกรรมการออกกำลังกายใน**ระดับมาก** และมีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

2.4.3 ด้านการใช้ยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร อาหารเสริม และยารักษาเบาหวาน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยหลังการใช้รูปแบบฯมีการใช้ยาสมุนไพร อาหารเสริม ในระดับน้อย-น้อยที่สุด และมีการใช้ยาเบาหวานตามแผนการรักษา ในระดับที่มากที่สุด

2.4.4 ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่าก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการนอนหลับและการจัดการความเครียดโดยใช้งานอดิเรก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 แต่พฤติกรรมการจัดการกับความเครียดโดยการพูดคุยปรับทุกข์กับบุคคลที่ไว้ใจ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

2.5 การศึกษาเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และ GFR ของกลุ่มตัวอย่าง (N=235) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และ GFR ของกลุ่มตัวอย่าง (N=235) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ

ข้อความ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ		Paired t-test	p-value
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D		
FBS	185.70	21.02	144	14.39	28.56	.000
GFR	97.37	6.49	104	5.15	-13.12	.000

P-value <.05

จากตารางที่ 1 แสดงผลเปรียบเทียบ GFR และระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของกลุ่มตัวอย่าง (n=235) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่าค่า GFR ของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบฯ มากกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าระดับน้ำตาล (FBS) ของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบฯ น้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากทุกข้อ โดยข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือ ข้อ 4 ทีมสุขภาพให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา และข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ข้อ 3 ท่านสามารถสอบถามหรือขอคำแนะนำต่อการบริการต่างๆ ได้สะดวก รวดเร็ว และภาพรวมอยู่ใน**ระดับมาก**

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ที่พัฒนาขึ้น พบว่าเมื่อนำไปใช้ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลง และค่า GFR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ วีนัส สาระจรัส และแอนนา สุมะโน[13] ที่ศึกษาพบว่าผลของกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง กระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินเอวันซี และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต

2. การดำเนินงานของรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โดยการประเมินปัญหารายบุคคลโดย Case Manager (CM) ในด้านความรู้เรื่องเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบแผนการดูแลตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และดำเนินการส่งเสริมการจัดการตนเองในด้านต่างๆ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ถุงทอง[8] ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองจากสังคมรอบข้าง ทั้งครอบครัวและหน่วยงานสาธารณสุขทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมได้สำเร็จ จะสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลง ไพศาล ไตรสิริโชค, หลั่งพร อุตรศาสตร์ และ วราทิพย์ แก่นการ [14]ศึกษาผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ (57.39, 51.68 มล./นาที /1.73 ตร.ม.) สมคิด สุภาพรรณ[15]ศึกษาการพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงด้วยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดำเนินงานชะลอไตเสื่อม โดยมีผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประเมินปัญหาและวางแผนการจัดการปัญหาแต่ละด้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพรวมถึงมีครอบครัวชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย หลังจากเข้าโปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 44 ราย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมจากเดิมร้อยละ 50.36 หลังการจัดการเพิ่มขึ้นร้อยละ 74.27 ติดตามค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) พบว่าดีขึ้น 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.54 เปลี่ยนเป็น stage 1 (3 ราย), stage 2 (4 ราย) และ stage 3a (6 ราย) และลดลงเป็น stage 4 (8 ราย) คิดเป็นร้อยละ 18.18 ยังไม่ได้เข้าสู่ระยะฟอกไต ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมในระยะ 3b ที่ได้เข้าโปรแกรมการจัดการรายกรณีส่งผลทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ดีเพิ่มขึ้น และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้นช่วยส่งเสริมทำให้การเสื่อมของไตลดลง ซึ่งรูปแบบการจัดการเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรับรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความยั่งยืนต่อไป

3. ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากทุกข้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ อนัญญา คูอาริยะกุล และคณะ[16] ศึกษาการพัฒนา

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่า จากผลการประเมินรูปแบบพบค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำความรู้ไปใช้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสามารถดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ควรทบทวนรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุก 1 ปี หรือเมื่อพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีค่า GFR ลดลง

3. ควรเผยแพร่รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไปสู่เครือข่ายสุขภาพระดับ รพ.สต และโรงพยาบาลในระดับเดียวกันเพื่อให้มีคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเท่าเทียมกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงรูปแบบฯให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ผลระดับน้ำตาลในเลือดจาก HbA1C เป็นดัชนีชี้วัดผลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล.(2565). ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
2. ปัฐยาวัชร ปรากฏผล.(2565). คู่มือการชะลอไตเสื่อม. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
3. พิสิษฐ์ เวชกามา, อติพร อิงค์สาธิต และอัมรินท์ ทักขินเสถียร.(2558). การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
4. ธิดารัตน์ อภิญญา.(2559).ยุทธศาสตร์ลดการบริการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทยพ.ศ. 2559-2568. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
5. ประเสริฐ ธนกิจจารุ.(2558). สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์ 2558; 40:6-17.
6. คำแปลง ศรีช้าง.(2566). การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 3 อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ . วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2566; 8:181-93.
7. ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร
8. ศิริลักษณ์ ถุงทอง.(2557). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลา นครินทร์
9. Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L.Self- management methods.In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.).(1991). Helping people change: A textbook of methods. New York: Pergamon; 1991.pp. 305-60.
10. Glasgow R.E, Emont S, Miller D.C.(2006). Assessing delivery of the five A's for patient-centered counseling. Health Promotion 2006; 21: 245-55.
11. ปริญญ์ อยู่เมือง.(2565). รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผ่านแอปพลิเคชัน. [วิทยานิพนธดุษฎีบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร
12. วันวิสาข์ สนใจ.(2561). ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 2. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา
13. วีนัส สาระจรัส และแอนนา สุมะโน.(2561). ผลของกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง โรงพยาบาลแหลมฉบัง ชลบุรี.วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561; 1:13 -26.

14. ไพศาล ไตรสิริโชค, หลั่งพร อุตรศาสตร์, วราทิพย์ แก่นการ.(2562). ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562; 34(6) : 552-8.
15. สมคิด สุภาพันธ์.(2562). การพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงด้วยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28(5) : 857-66.
16. อนัญญา คูอาริยะกุล, สายฝน วรรณขาว, กันตวิชญ์ จูเปรมปรี , จินดารัตน์ เนตรจำนงค์ , กุลชญา คูอาริยะกุล และรัก นันต๊ะ. (2567). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตำบลท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2567; 2: 1-15.

ปัจจัยสัมพันธ์ระหว่างความสุขกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

The factors related to happiness and quality of life of undergraduate students in the community public health program, Faculty of Science, Nakhon Phanom University.

(Received: January 23,2026 ; Revised: January 27,2026 ; Accepted: January 30,2026)

ธนเมศวร์ แท่นคำ[1]
Thanamet Thaenkham[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุข คุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสุข ปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต และความสุขกับคุณภาพชีวิต ของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 และแบบสอบถามดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย Thai Happiness Indicators (THI – 66) ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 83 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 57.83 มีคุณภาพชีวิตที่ดีทุกด้าน คือ ด้านร่างกาย ร้อยละ 72.30 ด้านจิตใจ ร้อยละ 72.30 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ร้อยละ 48.20 ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 66.30 และคุณภาพชีวิตโดยรวม ร้อยละ 71.10 เกรดเฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p เท่ากับ 0.04, 0.02 และ 0.03 ตามลำดับ ส่วนรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p เท่ากับ 0.01 ความสุขมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p เท่ากับ 0.006, 0.02 และ 0.05 ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความสุข คุณภาพชีวิต นักศึกษาปริญญาตรี การสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยนครพนม

Abstract

This survey research investigated levels of happiness and quality of life, as well as the relationships between personal factors and happiness, personal factors and quality of life, and happiness and quality of life among undergraduate students enrolled in the community public health program, Faculty of Science, Nakhon Phanom University. Data were collected using the World Health Organization Quality of Life Assessment Questionnaire (WHOQOL-BREF-THAI). A total of 83 students participated in the study. Data analysis was conducted using descriptive statistics and chi-square correlation tests.

The findings showed that more than half of the participants (57.83%) reported better mental health compared with the general population. Participants also demonstrated favorable quality of life across all domains, including physical health (72.30%), psychological health (72.30%), social relationships (48.20%), environmental conditions (66.30%), and overall quality of life (71.10%). Grade point average (GPA) was significantly associated with happiness ($p < 0.001$) and with physical quality of life, social relationships, and overall quality of life ($p = 0.04$, 0.02, and 0.03, respectively). Monthly income was significantly related to overall quality of life ($p = 0.01$). In addition, happiness was significantly correlated with physical quality of life, psychological quality of life, and environmental quality of life ($p = 0.006$, 0.02, and 0.05, respectively).

Key words: Happiness, quality of life, undergraduate students, community public health, Nakhon Phanom University

---

[1] ปร.ด.อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม; corresponding author E-mail: Thanamet.th@npu.ac.th

บทนำ

สุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญในการกำหนดความสุขและคุณภาพชีวิต ความผิดปกติด้านสุขภาพจิตจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะโรควิตกกังวล พบว่ามีผู้ป่วยประมาณ 284 ล้านคน[1] ปัจจุบันประชากรในประเทศไทยเผชิญกับปัญหาการเมือง สงคราม น้ำท่วม แผ่นดินไหว ซึ่งมีแนวโน้มเป็นสาเหตุสะสมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตอย่างมาก จากการรายงานผลการศึกษา ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2568 พบว่า คนไทย 13.4 ล้านคน อย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิตเคยประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ไม่ดี ในกลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 18-24 ปี พบว่าสัดส่วนการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตและโรคจิตเวชสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 7.94 ต่อแสนประชากร[2] การวิจัยต่อเนื่องพบว่านักศึกษามีความเครียดอยู่ในระดับสูงหรือระดับรุนแรง[3,4] ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ กลุ่มสาขาวิชา การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การไม่ออกกำลังกาย และปัจจัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น[5] ความเครียดในระดับที่สูงหรือระดับที่รุนแรงมากๆ ต่อเนื่อง และเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทุกด้าน และเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่นให้ถึงแก่ความตายได้[3,4]

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม เป็นสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีนักศึกษาอายุระหว่าง 15 – 22 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีความเครียดสูง ผลการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม พบว่า ความเครียด ความแข็งแกร่งในชีวิต อายุ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 63 มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.00$) และความเครียดยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = 0.75$, $p = 0.00$)[6] การศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาจึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างมาก เมื่อสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม ได้พัฒนาหลักสูตรใหม่ปี พ.ศ. 2568 คือ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาการสาธารณสุขชุมชน รับนักศึกษารุ่นแรก ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2568 จำนวนทั้งสิ้น 83 คน ในการวางแผนการจัดการเรียนการสอน กิจกรรมพัฒนาทักษะ ส่งเสริมสมรรถนะแก่นักศึกษา ต้องมีข้อมูลพื้นฐานที่มาจากปัญหาและความต้องการของนักศึกษาเอง จึงจะมีโอกาสสำเร็จได้เมื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริง[7]

นักศึกษาสาขาการสาธารณสุขชุมชน ปีการศึกษา 2568 เป็นรุ่นที่ 1 ปัจจุบันผ่านการเรียนมาแล้ว 1 ภาคการศึกษา และกำลังศึกษาอยู่ในภาคเรียนที่ 2 ผู้วิจัยเป็นผู้สอนรายวิชาความสุขในศตวรรษที่ 21 และเป็นผู้รับผิดชอบหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต จึงต้องการทราบว่านักศึกษามีระดับความสุขและระดับคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไรหลังจากได้เข้ามาศึกษาต่อในสาขาการสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยนครพนม ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาดังกล่าวมาก่อน ผู้วิจัยจึงได้ทำวิจัยเรื่องปัจจัยสัมพันธ์ระหว่างความสุขกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม เพื่อศึกษาความสุข คุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสุข ปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต และความสุขกับคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบสอบถามมาตรฐาน 2 ชิ้น คือ 1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)[8] และแบบสอบถามดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย Thai Happiness Indicators (THI – 66) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[9] ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 83 คน ผลประโยชน์ที่ได้รับคือทราบระดับความสุข ระดับคุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสุข ปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต ความสุขกับ

คุณภาพชีวิต สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการจัดการเรียนการสอน หรือกิจกรรมต่างๆ ให้สอดคล้องกับความต้องการนักศึกษาและผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสุขและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสุข ปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต และความสุขกับคุณภาพชีวิต ของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) รวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือมาตรฐานคือแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)[8] และแบบสอบถามดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย Thai Happiness Indicators (THI – 66) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[9]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2568 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม และลงทะเบียนเรียนรายวิชา 30012102 ความสุขในศตวรรษที่ 21 รวมประชากรทั้งสิ้น 83 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 83 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) ทุกเพศ 2) อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 3) กำลังศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2568 4) เป็นนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม 5) ลงทะเบียนเรียนรายวิชา 30012102 ความสุขในศตวรรษที่ 21 6) ยิมยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากศึกษาทุกหน่วยประชากร จำนวนทั้งสิ้น 83 คน

การสุ่มตัวอย่าง คือ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเนื่องจากศึกษาทุกหน่วยประชากร จำนวนทั้งสิ้น 83 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้เครื่องมือ 2 ชิ้น ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)[8] และแบบสอบถามดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย Thai Happiness Indicators (THI – 66) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[9] ในแบบเก็บข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาระดับปริญยาตรี สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ เกรดเฉลี่ยรวม และรายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน

2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)[8] เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต หมายถึงการประเมินค่าที่เป็น จิตนิสัย (Subjective) ที่ฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

2.1) กลุ่มที่ 1 ข้อความเชิงลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9 และ 11 โดยในแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ผู้ให้ข้อมูลตอบ ไม่เลย เท่ากับ 5 คะแนน, เล็กน้อย เท่ากับ 4 คะแนน, ปานกลาง

เท่ากับ 3 คะแนน, มาก เท่ากับ 2 คะแนน และมากที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

2.2) กลุ่มที่ 2 ข้อความเชิงบวก 23 ข้อ คือ ข้อ 1, 3 - 8, 10 และ 12 - 26 โดยในแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ผู้ให้ข้อมูลตอบ ไม่เลย เท่ากับ 1 คะแนน, เล็กน้อย เท่ากับ 2 คะแนน, ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน, มาก เท่ากับ 4 คะแนน และ มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

แบบประเมินฉบับนี้แยกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1) ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 - 35
2) ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 - 30
3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 - 15
4) ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
5) คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 - 130

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตทั้งฉบับมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร จึงสามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ดังนี้ คะแนน 26 – 60 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี, คะแนน 61 – 95 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ และคะแนน 96 – 130 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี[8]

3) แบบสอบถามดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย Thai Happiness Indicators (THI – 66)[9] เป็นแบบประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเอง ซึ่งสร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดคำจำกัดความของสุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีข้อคำถามทั้งหมด 66 ข้อ การให้คะแนนดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (THI – 66) มีการให้คะแนนแบบประเมิน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

3.1) กลุ่มที่ 1 คือ ข้อ 1 - 3, 11 - 25, 32 - 36 และ 41 - 64 โดยในแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ผู้ให้ข้อมูลตอบ ไม่เลย เท่ากับ 0 คะแนน, เล็กน้อย เท่ากับ 1 คะแนน, มาก เท่ากับ 2 คะแนน และ มากที่สุดเท่ากับ 3 คะแนน

3.2) กลุ่มที่ 2 คือ ข้อ 4 - 10, 26 - 31, 37 – 39 และ 65 - 66 โดยในแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ผู้ให้ข้อมูลตอบ ไม่เลย เท่ากับ 3 คะแนน, เล็กน้อย เท่ากับ 2 คะแนน, มาก เท่ากับ 1 คะแนน และ มากที่สุดเท่ากับ 0 คะแนน

การแปลผล คะแนนเต็มทั้งหมด 198 คะแนน เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้ประเมินความสุขของตนเองแล้ว รวมคะแนนทุกข้อได้เท่าไร จึงสามารถนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ดังนี้ 143-198 คะแนน หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good), 122-142 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair) และ 121 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor)[9]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือมาตรฐานโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา นำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหา

แล้วทดสอบซ้ำ 3 รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65 เทียบกับแบบวัด WHOQOL – 100 ฉบับภาษาไทยที่ World Health Organization (WHO) ยอมรับอย่างเป็นทางการ[8]

2) แบบสอบถามดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย Thai Happiness Indicators (THI – 66) เป็นเครื่องมือมาตรฐานโดย อภิชัย มงคล และคณะ ได้ทำการศึกษาความตรงร่วมสมัยโดยใช้ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของอัมพร โอตระกูล และคณะ จำนวน 12 ข้อ ทำการศึกษาควบคู่กันไปในช่วงเวลาเดียวกัน ผลการศึกษาพบว่า ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย 66 ข้อ กับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของอัมพร โอตระกูล และคณะมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient) เท่ากับ 0.58 การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient จำแนกตามองค์ประกอบหลักดังนี้ สภาพจิตใจ 0.86, สมรรถภาพของจิตใจ 0.83, คุณภาพของจิตใจ 0.77 และปัจจัยสนับสนุน 0.80[9]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม เมื่อได้รับการรับรองแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนต่อไป

ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำบันทึกข้อความถึงคณบดีคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล หลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยได้ส่งสำเนาบันทึกข้อความที่ลงนามอนุญาตแล้ว ไปยังหัวหน้าสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ เพื่อทราบ จากนั้นผู้วิจัยได้แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาในการทำวิจัย พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูล เสร็จสิ้นแล้วจึงส่งลิงก์แบบสอบถามเข้าไปในกลุ่มไลน์ของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ และให้ผู้ให้ข้อมูลได้กรอกข้อมูลโดยอิสระ เมื่อผู้ให้ข้อมูลคลิ๊กส่งแบบสอบถามออนไลน์ ถือว่าเป็นการแสดงความยินยอมโดยการกระทำ เป็นอันเสร็จสิ้นขั้นตอนนี้

ขั้นหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องและจำนวนคำตอบที่ได้รับมา มีการจัดการข้อมูล โดยดึงข้อมูลจาก Google form มาอยู่ใน Excel และทำการแปลข้อมูลจากข้อความเป็นตัวเลขตามเกณฑ์ปกติที่กำหนด นำข้อมูลที่แปลงค่าสำเร็จแล้วเข้าสู่โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Statistics v.29 เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน สำหรับวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ได้แก่ สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไคสแควร์

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม ลำดับที่ 275/2568 เลขที่ HE27568 รับรองเมื่อวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2568 และได้รับอนุญาตจากคณบดีคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม ตามหนังสือเลขที่ อว 0609.15(1)/3808 ลงวันที่ 28 ตุลาคม 2568 ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.60 อายุระหว่าง 18 - 21 ปี (Mean, S.D.; 18.89, 0.64) สถานภาพโสด ร้อยละ 98.80 เกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 2.65 - 4.00 (Mean, S.D.; 3.50, 0.30) รายได้เฉลี่ยต่อ

เดือน 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 50.60 และ ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 45.80

นักศึกษาปริญญาตรี สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (Good) ร้อยละ 57.83 ดังตารางที่ 2

นักศึกษาปริญญาตรี สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้านร่างกาย ร้อยละ 72.30 ด้านจิตใจ ร้อยละ 72.30 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ร้อยละ 48.20 ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 66.30 และคุณภาพชีวิตโดยรวม ร้อยละ 71.10 ดังตารางที่ 3

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เกรดเฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.001 ดังตารางที่ 4

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เกรดเฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value เท่ากับ 0.04, 0.02 และ 0.03 ตามลำดับ นอกจากนั้นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่รายได้ ก็มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value เท่ากับ 0.01 ดังตารางที่ 5

ความสุขมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value เท่ากับ 0.006, 0.02 และ 0.05 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 2 ความสุขของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม (n = 83)

ระดับความสุข	เกณฑ์คะแนนปกติที่กำหนด	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (Good)	143-198 คะแนน	48	57.83
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (Fair)	122-142 คะแนน	26	31.33
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor)	121 คะแนนหรือน้อยกว่า	9	10.84

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม (n = 83)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	เกณฑ์คะแนน	ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
1) ด้านร่างกาย	27-35	มีคุณภาพชีวิตที่ดี	60	72.30
	17-26	มีคุณภาพชีวิตปานกลาง	23	27.70
	7-16	มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	0	0.00
2) ด้านจิตใจ	23-30	มีคุณภาพชีวิตที่ดี	60	72.30
	15-22	มีคุณภาพชีวิตปานกลาง	21	25.30
	6-14	มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	2	2.40
3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	12-15	มีคุณภาพชีวิตที่ดี	40	48.20
	8-11	มีคุณภาพชีวิตปานกลาง	40	48.20
	3-7	มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	3	3.60
4) ด้านสิ่งแวดล้อม	30-40	มีคุณภาพชีวิตที่ดี	55	66.30
	19-29	มีคุณภาพชีวิตปานกลาง	28	33.70
	8-18	มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	0	0.00
5) คุณภาพชีวิตโดยรวม	96-130	มีคุณภาพชีวิตที่ดี	59	71.10
	61-95	มีคุณภาพชีวิตปานกลาง	24	28.90

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม (n = 83)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	เกณฑ์คะแนน	ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
	26-60	มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	0	0.00

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสุขของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม (n = 83)

ปัจจัยส่วนบุคคล	χ^2	df	p-value
1) เพศ	54.94	51	0.32
2) อายุ	163.79	153	0.26
3) สถานภาพ	40.99	51	0.84
4) เกรดเฉลี่ย	1990.96	1785	<0.001*
5) รายได้	177.58	200	0.87

หมายเหตุ Chi-square test, *มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม (n = 83)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิต	χ^2	df	p-value
1) เพศ	ด้านร่างกาย	7.65	15	0.93
	ด้านจิตใจ	21.98	15	0.10
	ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	5.25	9	0.81
	ด้านสิ่งแวดล้อม	23.32	20	0.27
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	54.94	42	0.08
2) อายุ	ด้านร่างกาย	44.26	45	0.50
	ด้านจิตใจ	52.08	45	0.21
	ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	18.07	27	0.90
	ด้านสิ่งแวดล้อม	71.88	60	0.14
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	113.41	126	0.78
3) สถานภาพ	ด้านร่างกาย	19.99	15	0.17
	ด้านจิตใจ	15.79	15	0.39
	ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3.65	9	0.93
	ด้านสิ่งแวดล้อม	12.99	20	0.87
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	26.99	42	0.96
4) เกรดเฉลี่ย	ด้านร่างกาย	580.58	525	0.04*
	ด้านจิตใจ	542.20	525	0.29
	ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	366.43	315	0.02*
	ด้านสิ่งแวดล้อม	726.45	700	0.23
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	1573.46	1470	0.03*
5) รายได้	ด้านร่างกาย	56.94	60	0.58
	ด้านจิตใจ	54.41	60	0.67
	ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	22.71	36	0.95

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม (n = 83)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิต	χ^2	df	p-value
	ด้านสิ่งแวดล้อม	74.35	80	0.65
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	213.19	168	0.01*

หมายเหตุ Chi-square test, *มีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรี สาขาการสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม (n = 83)

ความสุข	คุณภาพชีวิต	χ^2	df	p
ความสุขโดยรวม	ด้านร่างกาย	866.33	765	0.006*
	ด้านจิตใจ	842.44	765	0.02*
	ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	469.06	459	0.36
	ด้านสิ่งแวดล้อม	1138.68	1020	0.05*
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	2232.35	2142	0.08

หมายเหตุ Chi-square test, *มีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1) ระดับของความสุข การวิจัยในครั้งนี้ พบว่า นักศึกษาสาขาการสาธารณสุขชุมชนส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 57.83 สอดคล้องกับการศึกษาของเทียนทอง หาระบุตร ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีความสุข ร้อยละ 82.30[10] การศึกษาของกาญจนา วันนา พบว่า ความสุขในภาพรวมของนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับสูง (Mean = 180.39, S.D. = 15.58)[11] การศึกษาของณัฐศริยา จักรสมศักดิ์ พบว่า ความสุขของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.01, S.D. = 0.48)[12] และการศึกษาของ ณัฐพล อาบสีนาค พบว่า ระดับความสุขของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.52, S.D.= 0.96)[13]

2) ระดับคุณภาพชีวิต การวิจัยในครั้งนี้ พบว่า นักศึกษาสาขาการสาธารณสุขชุมชน ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกด้านดังนี้ ด้านร่างกาย ร้อยละ 72.30 ด้านจิตใจ ร้อยละ 72.30 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ร้อยละ 48.20 ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 66.30 และคุณภาพชีวิตโดยรวม ร้อยละ 71.10 สอดคล้องกับการศึกษาของสัจจวรรณฑ์ พวงศรีเคน ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตระดับดี[14] การศึกษาของปานวาด ปรียานนท์ พบว่า นักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี[15] และการศึกษาของสุพัฒนา ศักดิษฐานนท์ พบว่า นักศึกษาพยาบาล มีคุณภาพชีวิตดีที่สุด (Mean= 102.75, S.D.=14.11)[16]

3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสุข ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า เกรดเฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาสาขาการสาธารณสุขชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมประสงค์ เสนารัตน์ ที่พบว่า ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญต่อเกรดเฉลี่ยสะสมของนักศึกษาครู คือ ความฉลาดทางอารมณ์ ปัจจัยนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนเกรดเฉลี่ยสะสมของนักศึกษาครูได้ร้อยละ 77.25[17] การศึกษาของศิครินทร์ โกสัลล์วัฒนา พบว่า ความสุขและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ (GPA) ของนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย ณ ชุมชนการเรียนรู้เซเวียร์ จังหวัดเชียงราย มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.022, p= 0.85)[18] และการศึกษาของ Jiang

พบว่า นักศึกษาที่มีผลการเรียนดี มีแนวโน้มที่จะมีความสุขมากกว่านักศึกษาที่มีผลการเรียนไม่ดี (OR = 1.87, 95% CI = 1.51–2.32)[19]

4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า เกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value เท่ากับ 0.04, 0.02 และ 0.03 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนันท์ มีเทศ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 คือ การได้รับการสนับสนุนจากผู้ปกครอง (r = 0.126, p < 0.01)[20] ส่วนรายได้ก็มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p เท่ากับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของชลวิภา สุลักขณานุรักษ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน (p < 0.001, OR = 2.52, 95% CI = 1.49 - 4.25)[21] และการศึกษาของชัชฎาภร พิศมร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาสาธารณสุขชุมชน คือความเพียงพอของค่าใช้จ่าย นักศึกษาที่มีค่าใช้จ่ายที่เพียงพอ มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเป็น 5.15 เท่าของนักศึกษาที่ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ[22]

5) ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขกับคุณภาพชีวิต ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความสุขมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value เท่ากับ 0.006, 0.02 และ 0.05 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรัณภัสร์ แวกโกเนอร์ ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏในเขตกรุงเทพมหานคร คือ ปัจจัยด้านสุขภาพจิตใจ[23] และการศึกษาของ Jiang ที่พบว่า ความสุขมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ (OR = 3.41, 95%CI = 2.01-5.79) ปัจจัยทางครอบครัว การติดต่อกับครอบครัวบ่อยครั้งและความสัมพันธ์ที่ดีกับพ่อแม่ช่วยเพิ่มความสุขอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 1.42, 95% CI = 1.17–1.71) และ (OR = 2.32, 95% CI = 1.83-2.95) ตามลำดับ[19]

ดังนั้นสรุปได้ว่า ความสุขมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ระดับความสุขที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตสูงขึ้น ความสุขเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในตนเองและปัจจัยภายนอก อาทิเช่น ความเป็นคนดีมีความสัมพันธ์ความสุขของนักศึกษามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.000)[24] การรู้จักปรับตัว ความสามารถในการจัดการอารมณ์ของตนเอง และการได้รับการยอมรับจากเพื่อน มีอิทธิพลต่อความสุขของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตตรัง[25] ปัจจัยดังกล่าวยังส่งผลต่อความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา[26] ฉะนั้นสาขาวิชา คณะ และหรือมหาวิทยาลัย ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการจัดการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษา ควรให้ความสำคัญกับความสุขและคุณภาพชีวิตของนักศึกษา ผ่านการเรียนการสอน กิจกรรมเสริมสร้างหลักสูตรต่าง ๆ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในมหาวิทยาลัย เพราะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลอยู่ในระดับมากต่อการตัดสินใจเลือกศึกษาต่อ[27]

การนำผลการวิจัยไปใช้

1) อาจารย์ผู้สอน สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการออกแบบการจัดการเรียนการสอน Active learning ในรายวิชาของหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์หรือหลักสูตรอื่นๆ ตามความเหมาะสมเพื่อส่งเสริมความสุขและกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี พัฒนาไปสู่ความสำเร็จในการศึกษาและคุณภาพที่ดีต่อไปได้

2) ผู้บริหารทุกระดับตั้งแต่หลักสูตรจนถึงมหาวิทยาลัย สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการวางแผนเกี่ยวกับนโยบายในการบริหารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอน กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษา รวมทั้งสิ่งแวดล้อม

สิ่งสนับสนุนในการใช้ชีวิตของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ที่ส่งเสริมให้เกิดความสุข ความรัก ความผูกพันธ์ต่อสถานศึกษา ของนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาระดับความสุขและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง ในมิติต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม หรือด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน กิจการนักศึกษา ของมหาวิทยาลัย คุณภาพชีวิตดีและมีความสุข ลดความเสี่ยงในการลาออกระหว่างการศึกษา

2) ควรมีการศึกษารูปแบบ โปรแกรม หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความสุขและคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นมาทดสอบในกลุ่มนักศึกษา และวัดประเมินผลก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

3) ควรมีการศึกษาโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก หรือสัมภาษณ์แบบกลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่เป็นความจริงมากขึ้นจากประสบการณ์ของนักศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Alshehri, A., Alshehri, B., Alghadir, O., Basamh, A., Alzeer, M., Alshehri, M., & Nasr, S. (2023). The prevalence of depressive and anxiety symptoms among first year and fifth-year medical students during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. BMC medical education,23(1), 411. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04387-x
2. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2025). Thai Health in 2025. Retrieved Dec 19, 2025 from https://www.thaihealth.or.th/?p=385952
3. Buacharoen, Par., Techapunratanakul, N., Dornchai, G., & Buochareon, Paw. (2018). Strain and adaptation of bachelor degree students from faculty of engineering, rajmangala university of technology Lanna Chiang Mai campus. Journal of Graduate Studies Review MCU Phrae,4(2), 37-58. (in Thai)
4. Jaikham, M., Poonjan, A., Kasemkitikun, S., & Janpipatpong, T. (2025). Stress of first-year students at Chiang Rai Rajabhat University in the academic year 2024. RMUTK Journal of Liberal Arts,7(2), 38-51. (in Thai)
5. Seenophia, S., & Duangsong, R. (2021). Factors associated with stress and depression among first-year undergraduate students of Khon Kaen University. KKU Journal for Public Health Research, 14(3), 10-23. (in Thai)
6. Klongdee, K., & Chaniang, S. (2021). Factors predicting depression in nursing students at boromarajonani college of nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom university. Journal of the police nurses, 13(1), 148-157. (in Thai)
7. Thipteerasawet, P. (2022). Problems and needs to participate in students' activities in rajamangala university of technology krungthep. RMUTK Journal of Liberal Arts, 4(2), 11-24. (in Thai)
8. Mahatnirunkul, S. & et al. (1998). World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF), Thai version. Retrieved Dec 19, 2025 from https://dmh.go.th/test/whoqol/
9. Mongkol, A., & et al. (2001). Thai Happiness Indicators (THI – 66). Retrieved Dec 19, 2025 from https://dmh.go.th/test/qtnew/
10. Harabutra, T., Panyanidnugool, C., Panomrit, S., Somchoe, P., Khumraksa, N., & Ngamkam, D. (2019). Variables Related to Happiness among Nursing Students, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University. Kasem Bundit Journal, 20(2), 68–80. (in Thai)
11. Wanna, K., Chaimongkol, N., & Poonnotok, P. (2017). Factors Influencing Happiness among Nursing Students in Private Universities. Journal of Nursing, Siam University, 18(34), 97–108. (in Thai)

12. Chaksomsak, N., Sriputta, S., Pomparsit, W., Suttidee, C., Kulchawa, V., & Sanewong, A. (2023). The relationship between self, family, university, and social factors and happiness of university students. Journal of Education Mahasarakham University, 17(1), 46-64. (in Thai)
13. Arbsinark, N., & Sangarun, N. (2025). A Study of Organizational Commitment and Happiness of Staff and Students at Phetchaburi Rajabhat University. CUAST Journal, 14(2), 1-13. (in Thai)
14. Phuangsriken , S., Treesorn, K., Kucharin, P., Suwaphabh, D., Charoensaen, J., & Posri, A. (2020). Quality of life among nursing students, Roi Et Rajabhat University. Journal of Roi Et Rajabhat University, 14(3), 208–219. (in Thai)
15. Preeyanont, P., Chaiyes, C., Phuak-aim, P., & Phonoi, N. (2023). The quality of life among Mahidol University's undergraduates at salaya campus. Srinakharinwirot Research and Development Journal of Humanities and Social Sciences, 15(30), 1–13. (in Thai)
16. Sakdisthanont, S., Chaochanthuek, C., Baphimai, J., Jitlom, K., & Khonok, R. (2025). The Comparative study of quality of life among nursing students, Vongchavalitkul University. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 26(3), 294–301. (in Thai)
17. Senarat, S., Senarat, B., & Pinitsakul, P. (2020). Factors Affecting Cumulative Grade Point Average of Student Teachers. Ubon Ratchathani Journal of Research and Evaluation, 9(2), 119-129. (in Thai)
18. Kosanwattana, S., Kitcharoen, A., Pongprasertsin, S., Chaiyadej, C., Saengthien, P., & et al. (2023). The relationship between happiness index and academic achievements of university students in Xavier learning community, Chiang Rai. Saengtham College Journal, 15(1), 154-169. (in Thai)
19. Jiang, Y., Lu, C., Chen, J., Miao, Y., Li, Y., & Deng, Q. (2022). Happiness in University Students: Personal, Familial, and Social Factors: A Cross-Sectional Questionnaire Survey. International journal of environmental research and public health, 19(8), 4713. doi.org/10.3390/ijerph19084713
20. Meetess, S., & Iramaneerat, C. (2018). Relationships between factors and academic achievement in sixth-year medical student of the Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. Siriraj Medical Bulletin, 11(3), 151–157. (in Thai)
21. Sulakkananurak, C., & Tasing O. (2024). Factors Associated with Quality of Life in Students at Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat University. Journal of Health and Nursing Research, 40(3), 24-34. (in Thai)
22. Pissamorn, C., Prasansri, A., Chaipin, E., & Mata, C. (2022). The relationship between health literacy and quality of life among public health students in higher education institutions in northern Thailand. Journal of Nursing and Health Care, 40(2), 75-84. (in Thai)
23. Waggoner, S., Ponathong, C., & Yongsorn, C. (2019). Factors affecting the quality of life for Rajabhat University students in Bangkok. Journal of education : Faculty of Education : Srinakharinwirot University, 20(2), 54-67. (in Thai)
24. Nuampet, U., Leekitkoson, N., Aekwarangkoon, S., & Sobmoh, N. (2022). Relationship between good person and happiness among undergraduate students, walailak university. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 36(3), 98-116. (in Thai)
25. Srichai, N., Mattayakorn, K., & Tansakul, J. (2022). Factors Influencing Students' Happiness on Prince of Songkla University, Trang Campus. Journal of Liberal Arts, Maejo University, 10(1), 177-191. (in Thai)
26. Papol, A., Thanapiyawat, N., & Chaiwcharn, T. (2024). Factors Affecting Learning Happiness of Nursing Students. Thai Journal of Health Education, 47(1), 1-9. (in Thai)
27. Sawanyavisuthi, S., Toophom, T., & Panchote, N. (2024). The factors decision to pursue further education in bachelor of education thai language Nakhon Phanom University. Educational Administration and Innovation Journal, 4(3), 16-30. (in Thai)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน จังหวัดสุโขทัย

Factors Affecting Anemia Among Children Age of 6-12 Months in Sukhothai.

(Received: January 24,2026 ; Revised: January 27,2026 ; Accepted: January 30,2026)

มณีสร ธิช่างทอง[1] วฐู พรหมพิทยารัตน์[2]
Maneesorn Thichangthong[1] Watoo Phrompittayarat[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน ในจังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและเด็กอายุ 6-12 เดือน ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งมารดาจะเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 304 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression)

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ การผ่าตัดคลอด (Adjusted OR = 2.55, 95% CI = 1.22-5.33, P = 0.013) มารดามีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (Adjusted OR = 14.20, 95% CI = 6.80-29.67, P <0.001) มารดาไม่เคยได้รับสื่อเกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง (Adjusted OR = 2.80, 95% CI = 1.36-5.77, P = 0.005) มารดามีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจางของมารดาขณะตั้งครรภ์ระดับปานกลาง (Adjusted OR = 2.61, 95% CI = 1.27-5.37, P = 0.009)

คำสำคัญ : ภาวะโลหิตจาง เด็กอายุ 6-12 เดือน ประวัติภาวะโลหิตจางของมารดาขณะตั้งครรภ์

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to investigate factors associated with anemia in children aged 6-12 months in Sukhothai Province. The sample consisted of 304 pairs of mothers and children aged 6-12 months receiving services at well-baby clinics in Sub-district Health Promoting Hospitals within Sukhothai Province, with mothers serving as the primary informants. Data were collected using a questionnaire that had been tested for content validity and reliability. Data analysis was performed using descriptive statistics and binary logistic regression.

The results revealed that factors significantly associated with anemia in children aged 6-12 months at the 0.05 level included: Cesarean section delivery (Adjusted OR = 2.55, 95% CI = 1.22-5.33, P = 0.013); maternal anemia during pregnancy (Adjusted OR = 14.20, 95% CI = 6.80-29.67, P <0.001); lack of exposure to media regarding anemia (Adjusted OR = 2.80, 95% CI = 1.36-5.77, P = 0.005); and moderate levels of maternal preventive behaviors against anemia during pregnancy (Adjusted OR = 2.61, 95% CI = 1.27-5.37, P = 0.009).

Keywords : Anemia Children aged 6-12 months History of maternal anemia during pregnancy

บทนำ

ภาวะโลหิตจาง (anemia) หรือภาวะซีด เป็นภาวะที่ร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดแดงหรือระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่าปกติ ส่งผลให้การลำเลียงออกซิเจนไปยังอวัยวะและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลง และอาจก่อให้เกิดอาการทางคลินิกที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม ภาวะโลหิตจางจึงถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก พบได้ทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา และส่งผลกระทบต่อประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะ

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เด็กปฐมวัยและหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางสูง องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าทั่วโลกมีความชุกของภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยสูงถึงร้อยละ 42 และในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 40 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปัญหาสาธารณสุขที่มีความรุนแรงตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ข้อมูลสถานการณ์ระหว่างปี ค.ศ. 2015-2019 พบว่าความชุกของภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ทั่วโลกอยู่ในระดับค่อนข้างคงที่ประมาณร้อยละ 39.80-40.00 โดยพบมากที่สุดในทวีปแอฟริกา รองลงมาคือภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สำหรับประเทศไทย พบว่าความชุกของภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2562 อยู่ในช่วงร้อยละ 24.40-24.90[1,2]

ภาวะโลหิตจางในเด็ก ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดสารอาหาร โดยเฉพาะการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งเป็นภาวะทุพโภชนาการที่พบบ่อยที่สุด ในช่วงอายุ 6 เดือนแรก ธาตุเหล็กที่ได้รับจากมารดามีเพียงพอสำหรับทารก หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลงตามระยะเวลา ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กไม่ได้ส่งผลกระทบเพียงแค่ทางกายภาพ เช่น อาการอ่อนเพลีย หรือเหนื่อยง่ายเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบโดยตรงต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ อาจส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการช้า ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง และมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป[3] กรมสุขภาพจิต ยังระบุว่าภาวะโลหิตจางในช่วงวัยทารกและเด็กเล็กอาจทำให้ระดับเชาวน์ปัญญาลดลง 5-10 จุด และส่งผลต่อศักยภาพของเด็กในระยะยาว การเฝ้าระวังและป้องกันตั้งแต่ในช่วงเด็กเล็ก จึงถือเป็นการการลงทุนที่คุ้มค่าและจำเป็น เพราะเป็นช่วงวัยที่เป็นโอกาสทองครั้งเดียวในชีวิตเด็ก[4]

ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน มีนโยบายและโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะโลหิตจางทั้งในแม่และเด็กในระดับกระทรวงสาธารณสุข เช่น มาตรการเสริมยาธาตุเหล็กเชิงป้องกันภาวะโลหิตจางในกลุ่มเด็กปฐมวัย โดยได้พยายามพลักดันชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีคำแนะนำให้มีการจ่ายให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้แก่กลุ่มเด็กปฐมวัย อายุ 6 เดือน-5 ปี ทุกคนที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดีในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง มาตรการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก คือ ในเด็กทารกแรกเกิดถึง 6 เดือน ให้นมแม่อย่างเดียว และเริ่มให้อาหารเสริมตามวัยที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก เช่น เนื้อสัตว์ ตับ ไข่แดง เมื่ออายุ 6 เดือนขึ้นไป รวมถึงการกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาภาวะโลหิตจางไว้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการติดตามและเฝ้าระวังปัญหาภาวะโลหิตจางในเด็ก ซึ่งเป็นวัยที่มีความสำคัญในการพัฒนาและสร้างรากฐานที่สำคัญของชีวิต เพื่อให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่แข็งและมีคุณภาพ[5]

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดตัวชี้วัดด้านสุขภาพ โดยตั้งเป้าหมายให้เด็กไทยอายุ 6-12 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองและพบภาวะโลหิตจางไม่เกินร้อยละ 20 ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC ในปี พ.ศ. 2566-2568 พบความชุกโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน ร้อยละ 19.4, 21.0 และ 19.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในระดับเขตสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่เกือบทุกเขตมีความชุกสูงกว่าเกณฑ์ โดยเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดพิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัย และอุตรดิตถ์ พบว่า ในปี 2568 จังหวัดที่พบความชุกภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน สูงที่สุดคือ จังหวัดพิษณุโลก ร้อยละ 26.1 รองลงมาคือ จังหวัดสุโขทัย ร้อยละ 25.7 และจังหวัดตาก ร้อยละ 22.7 ตามลำดับ โดยสำหรับในจังหวัดสุโขทัย พบว่า ในปี 2566-2568 มีภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน ร้อยละ 16.3,

18.5 และ 25.7 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มที่สูงขึ้น[6]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กมีความหลากหลาย ครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านเด็กและปัจจัยด้านมารดา เช่น ประวัติการคลอด การรับประทานนมในช่วง 6 เดือนแรก การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก BMI มารดาน้อยในระหว่างการตั้งครรภ์ รวมถึงภาวะโลหิตจางของมารดาขณะตั้งครรภ์[7,8,9] อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับใช้ในการวางแผน กำหนดแนวทางการส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง และเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กอย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อันจะนำไปสู่การลดปัญหาภาวะโลหิตจาง และเสริมสร้างพัฒนาการด้านร่างกาย สมอง และสติปัญญาของเด็กไทยในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง ในเด็กอายุ 6-12 เดือน จังหวัดสุโขทัย

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 - 12 เดือน ในจังหวัดสุโขทัย ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาและเด็กอายุ 6-12 เดือน ในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 1,276 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากการใช้สูตรของไวเออร์[10] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 304 คน ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดีในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสุโขทัย โดยมารดาจะเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก เนื่องจากเด็กอายุ 6-12 เดือน เป็นช่วงวัยที่ยังไม่สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลในการศึกษาได้ ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น ด้วยการสุ่มแบบแบบหลายขั้นตอน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มารดาที่มีบุตรอายุระหว่าง 6-12 เดือน
2. สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยเป็นภาษาไทยได้
3. มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี และมีการบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) สมบูรณ์ในส่วนของข้อมูลที่ต้องการศึกษา ทั้งของมารดาและเด็ก
4. มารดาหรือบิดา ต้องไม่มีประวัติเป็นโรคธาลัสซีเมียหรือพาหะธาลัสซีเมีย

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด
2. มารดาที่มีบุตรเป็นฝาแผด เพื่อป้องกันการสับสนในการให้ข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ซึ่งข้อคำถาม พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ อายุของเด็ก เพศของเด็ก วิธีการคลอดของเด็ก น้ำหนักแรกเกิด โรคประจำตัวของเด็ก น้ำหนักและความยาวปัจจุบันของเด็ก เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ การรับประทานนมในช่วงอายุ 0-6 เดือน การรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเด็ก การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก หลังอายุ 6 เดือนขึ้นไป และผลการตรวจฮีโมโกลบินหรือฮีมาโตคริต ของเด็กในช่วงอายุ 6-12 เดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านมารดา ได้แก่ อายุของมารดา โรคประจำตัวของมารดา ระดับการศึกษาของมารดา การประกอบอาชีพของมารดา น้ำหนักและส่วนสูงของมารดาขณะตั้งครรภ์ เพื่อนำมาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย(BMI)

ของมารดา อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ผลการตรวจฮีโมโกลบินหรือฮีมาโต คริตของมารดาขณะตั้งครรภ์ การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กของมารดา การได้รับสื่อเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางของมารดา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ของมารดาเกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง เป็นแบบเลือกตอบ ใช่กับ ไม่ใช่ จำนวน 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม[11] คือ ความรู้ระดับสูง (คะแนน ≥80%) ความรู้ระดับปานกลาง (คะแนน 61%-79%) ความรู้ระดับต่ำ (คะแนน ≤60%)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางของมารดา ข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด จำนวน 8 ข้อ ให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์[12] คือ ระดับสูง (2.36-3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง(1.68–2.35 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–1.67 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันภาวะโลหิตจาง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ พฤติกรรมขณะตั้งครรภ์และพฤติกรรมหลังคลอด เป็นข้อคำถามเดียวกันทั้ง 2 ส่วน จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นแบบประเมินค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์[12] คือ ระดับสูง (2.36-3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.68–2.35 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–1.67 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา โดยเลือกใช้ข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.5 ขึ้นไป และนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ชัดเจนก่อนนำไปใช้ จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน (Try out) แล้วนำข้อมูลจากการทดลองมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าตามวิธีของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ของมารดาเกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง, การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางของมารดา,พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์และพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันภาวะโลหิตจางหลังคลอด เท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูล ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตในการเก็บข้อมูล

2. ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของพื้นที่ที่ได้สุ่มเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ ภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ข้อมูลและลงนามในใบยินยอมให้ข้อมูลด้วยตนเองแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างให้ครบตามจำนวน

4. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและแปลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก และข้อมูลด้านมารดา วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน โดยวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยวด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิอย่างง่าย (Simple binary logistic

regression) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 พิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value ≤ 0.25 เข้าสู่การวิเคราะห์แบบพหุ เพื่อควบคุมตัวแปรกวน และวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิแบบพหุ (Multiple binary logistic regression) โดยใช้การคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี Backward Wald Test โดยตรวจสอบความเหมาะสมของสมการสุดท้ายด้วย Hosmer-Lemshow test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เอกสารรับรอง เลขที่ P3-0050/2565 วันที่ 21 กรกฎาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก พบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็ก จำนวน 304 คน ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 6-8 เดือน คิดเป็นร้อยละ 42.11 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 9.04 เดือน เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.95 คลอดโดยการผ่าตัดคลอด คิดเป็นร้อยละ 58.88 มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 94.08 โดยมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยเท่ากับ 3,071 กรัม ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 96.38 ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์สมส่วน คิดเป็นร้อยละ 63.49 ส่วนใหญ่รับประทานนมแม่อย่างเดียวในช่วงอายุ 0-6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 43.75 เด็กส่วนใหญ่เคยรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก คิดเป็นร้อยละ 74.01 และเคยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กหลังอายุ 6 เดือนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 92.11

2. ปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมารดา จำนวน 304 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 81.25 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 28.70 ปี ส่วนใหญ่ขณะตั้งครรภ์มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในช่วง 25.00-29.90 กิโลกรัมต่อตารางเมตร คิดเป็นร้อยละ 40.79 โดยมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ยเท่ากับ 27.14 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 92.76 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 29.61 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 41.12 ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ครั้งแรกในช่วงอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 75.66 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของช่วงอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเท่ากับ 10.85 สัปดาห์ มีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 87.17 โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการฝากครรภ์เท่ากับ 8.68 ครั้ง ไม่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 73.36 ส่วนใหญ่ไม่เคยรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กก่อนการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 71.38 เคยรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กขณะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 93.09 เคยรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 75.33 และส่วนใหญ่เคยได้รับสื่อความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง คิดเป็นร้อยละ 66.45

3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางของมารดา พบว่า ส่วนใหญ่มารดามีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 62.17 รองลงมาคือ มีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.91 และมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางระดับอยู่ในต่ำ คิดเป็นร้อยละ 5.92 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางเท่ากับ 6.84 คะแนน (SD = 1.42)

4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางของมารดา พบว่า ส่วนใหญ่มารดามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 65.46 รองลงมาคือ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 34.54 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางเท่ากับ 16.52 คะแนน (SD = 2.64)

5. พฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจางของมารดา พบว่า ในขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่

มารดามีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 59.21 รองลงมา คือ มีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.79 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.15 คะแนน (SD = 2.35) หลังคลอดบุตรแล้ว พบว่า ส่วนใหญ่มารดามีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 57.57 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.43 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.88 (SD = 2.15)

6. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน วิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยวโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิอย่างง่าย จากนั้นนำตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.25 เข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยพหุ โดยวิธี backward stepwise (wald) เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรทั้งหมด พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มี 4 ปัจจัย ได้แก่ วิธีการคลอด (Adjusted OR = 2.55, 95% CI = 1.22-5.33, P = 0.013) ประวัติภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (Adjusted OR = 14.20, 95% CI = 6.80-29.67, P <0.001) การได้รับสื่อเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางของมารดา (Adjusted OR = 2.80, 95% CI = 1.36-5.77, P = 0.005) พฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจางของมารดาขณะตั้งครรภ์ (Adjusted OR = 2.61, 95% CI = 1.27-5.37, P = 0.009) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน

ปัจจัย	OR_{crude}(95% CI)	OR_{adjust} (95% CI)	P-value
วิธีการคลอด			
คลอดทางช่องคลอด		Reference	
ผ่าตัดคลอด	1.445 (0.821-2.546)	2.553 (1.223-5.329)	0.013
การรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก			
ไม่เคยรับประทาน	2.202 (1.234-3.927)	2.072 (0.958-4.483)	0.064
เคยรับประทาน		Reference	
อาชีพของมารดา			
ไม่ได้ประกอบอาชีพและอื่นๆ	1.611 (0.820-3.164)	2.146 (0.919-5.011)	0.078
ประกอบอาชีพ		Reference	
ประวัติภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์			
ไม่มีภาวะโลหิตจาง		Reference	
มีภาวะโลหิตจาง	12.642 (6.742-23.705)	14.199 (6.796-29.665)	< 0.001
การได้รับสื่อเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางของมารดา			
ไม่เคยได้รับ	4.956 (2.788-8.809)	2.800 (1.359-5.772)	0.005
เคยได้รับ		Reference	
พฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจางของมารดาขณะตั้งครรภ์			
ระดับปานกลาง	1.441 (0.835-2.487)	2.611 (1.271-5.365)	0.009
ระดับสูง		Reference	

p-value ของ Hosmer-Lemshow test = 0.081

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า เด็กที่ผ่าตัดคลอดมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางมากกว่าเด็กที่คลอดทางช่องคลอด 2.55 เท่า สอดคล้องกับ

การศึกษาของ สุจิตรา บางสมบุญ[7] ที่พบว่า การผ่าตัดคลอดเด็กมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางมากกว่าเด็กที่คลอดทางช่องคลอด ประมาณ 4.5 เท่า เช่นเดียวกับการศึกษา Xin et al.[9] ที่พบว่า ทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดมีความชุกของภาวะโลหิตจางสูงกว่าทารกที่คลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Baharvand, Fathi, Eliyasy, Abdolkarimi, and Kiani[13] ที่พบว่าค่าพารามิเตอร์ทางโลหิตวิทยาของฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริตของทารกที่คลอดทางช่องคลอดสูงกว่าทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากในกระบวนการคลอดตามธรรมชาติหรือคลอดทางช่องคลอด มดลูกจะมีการหดตัวอย่างสม่ำเสมอช่วยส่งเสริมการถ่ายเทเลือดได้ดี ส่งผลให้เด็กที่คลอดทางช่องคลอดมีการสะสมธาตุเหล็กในร่างกาย ในทางตรงกันข้ามการผ่าตัดคลอดมักมีข้อจำกัดด้านเวลาและความจำเป็นทางการแพทย์ที่ทำให้ต้องรีบตัดสายสะดืออย่างรวดเร็ว ส่งผลให้กระบวนการถ่ายเทเม็ดเลือดแดงไปยังทารกทำได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ จึงมีระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเริ่มต้นต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และหากไม่ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางอาจส่งผลในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rabe, Gyte, Díaz-Rossello, and Duley[14] ที่พบว่า ทารกที่ตัดสายสะดือช้า (Delayed cord Clamp) จะมีธาตุเหล็กสะสมเพิ่มขึ้น และพบภาวะขาดธาตุเหล็กในเด็กอายุ 3 และ 6 เดือน น้อยกว่าในกลุ่มตัดสายสะดือปกติซึ่งการตัดสายสะดือช้าซึ่งส่วนใหญ่จะทำได้สำเร็จในกลุ่มมารดาคลอดทางช่องคลอด ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ที่สนับสนุนการแบบธรรมชาติเนื่องจากเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดสำหรับทารกในครรภ์ปกติที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการผ่าคลอด

เด็กที่มารดามีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางมากกว่าเด็กที่มารดาไม่มีประวัติภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ 14.20 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ เนาวรัตน์ ศรีสวัสดิ์ และกรรณิการ์ พินิจ[15] ที่พบว่ามารดามีประวัติโลหิตจางเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจากการขาด ธาตุเหล็ก อายุ 6-12 เดือน เช่นเดียว กับการศึกษาของ เถ็ต เถ็ต อ่อง, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง, และวัลยา ธรรม พนิชวัฒน์[16] ที่พบว่าภาวะโลหิตจางของมารดาปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางระดับปานกลางถึงรุนแรงได้ และ Gebrehaweria, Gebremeskel, and Tirore[17] ที่พบว่าภาวะโลหิตจางของมารดาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-23 เดือน อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากมารดาที่มีธาตุเหล็กในร่างกายไม่เพียงพอ ส่งผลให้ทารกได้รับธาตุเหล็กผ่านรกน้อยลง ทำให้มีธาตุเหล็กสะสมต่ำตั้งแต่แรกเกิด เมื่อเด็กเติบโตและมีความต้องการธาตุเหล็กสูง จึงเกิดภาวะโลหิตจางได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ในการรณรงค์ให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ต้องการมีบุตร รับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและโฟลิก ก่อนตั้งครรภ์อย่างน้อย 3 เดือน ต่อเนื่องไปจนตลอดการตั้งครรภ์ และหลังคลอดบุตรอย่างน้อย 6 เดือน หรือตลอดระยะเวลาการให้นมบุตร

เด็กที่มารดาไม่เคยได้รับสื่อเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางมากกว่าเด็กที่มารดาเคยได้รับสื่อเกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง 2.80 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Gebrehaweria et al.[17] ที่พบว่าการได้รับสื่อจากหนังสือพิมพ์ วิทยุ หรือโทรทัศน์ ของผู้ปกครอง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-23 เดือน เช่นเดียวกับ Duttaa, Bhisea, Prashadb, Chaurasiac, and Debnath[18] ที่พบว่าการได้รับสื่อน้อยของผู้ปกครองปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-59 เดือน และยังสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานของยูนิเซฟ[19] ที่ระบุว่าการได้รับสื่อและข้อมูลด้านโภชนาการของผู้ปกครองเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญของพฤติกรรมการให้อาหารเสริม

และมีผลต่อสุขภาพและการเจริญเติบโตของเด็กโดยตรง อธิบายได้ว่า การได้รับสื่ออาจทำหน้าที่เป็นปัจจัยเอื้อที่เพิ่มความรู้ ความตระหนักรู้ความเสี่ยง และความสามารถในการปฏิบัติตนของมารดา ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพหลายช่วงเวลาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงการเลี้ยงดูช่วงทารกถึงวัยเด็ก ซึ่งล้วนเป็นกลไกสำคัญของการป้องกันภาวะขาดธาตุเหล็กและโลหิตจาง มารดาที่ไม่เคยได้รับสื่อหรือข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง อาจจะมีความรู้และความตระหนักต่อความเสี่ยงต่ำ ส่งผลให้การปฏิบัติตนด้านสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น ฝากครรภ์ล่าช้า การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กไม่สม่ำเสมอ และการเลือกอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอ ในเชิงระบบบริการ การได้รับสื่อมักเกิดร่วมกับการเข้าถึงบริการและการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ ซึ่งสะท้อนบทบาทของการสื่อสารสุขภาพเชิงรุกต่อการปรับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโลหิตจาง ดังนั้น การได้รับสื่อเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาและลดความเสี่ยงภาวะโลหิตจางในเด็ก

เด็กที่มารดามีระดับคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจางของมารดาขณะตั้งครรภ์ระดับปานกลางมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางมากกว่าเด็กที่มารดามีระดับคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจางของมารดาขณะตั้งครรภ์ระดับสูง 2.61 เท่า ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิด Knowledge-Attitude-Practice (KAP) ที่ระบุว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของระดับความรู้และทัศนคติของบุคคล และเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ[20] อาจเนื่องมาจากระดับพฤติกรรม สะท้อนถึงความสม่ำเสมอและความครบถ้วนของการปฏิบัติ และการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ดังนั้นกลุ่มมารดาที่มีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจางของมารดาขณะตั้งครรภ์ระดับปานกลาง แม้จะมีพฤติกรรมเชิงบวกบางส่วน แต่ก็ยังขาดความสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นหัวใจของการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โดยองค์กรอนามัยโลก[21] แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับธาตุเหล็กทุกวัน เพื่อป้องกันโลหิตจางและผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ต่อมารดาและทารก หากมารดามีภาวะขาดธาตุเหล็กหรือมีภาวะโลหิตจางจากการปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอ อาจจะเพิ่มโอกาสที่ทารกจะมี ธาตุเหล็กสะสมน้อยลงตั้งแต่แรกเกิดและเกิดภาวะโลหิตจางในช่วงวัยต่อมาได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองภาวะโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะแรกของการฝากครรภ์ รวมทั้งมีระบบติดตามและให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางทั้งในมารดาและทารก

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาสื่อสุขศึกษาที่มีเนื้อหาถูกต้อง เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับบริบทของหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด รวมทั้งส่งเสริมการเผยแพร่ผ่านช่องทางที่เข้าถึงได้ง่าย เพื่อเพิ่มการรับรู้และความตระหนักต่อการป้องกันภาวะโลหิตจางอย่างทั่วถึง

3. บุคลากรสาธารณสุขควรเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กอย่างเพียงพอ การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอ และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก เพื่อยกระดับพฤติกรรมของมารดาให้เกิดผลต่อสุขภาพของเด็กอย่างเป็นรูปธรรม

4. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการวางแผนงาน/โครงการ หรือมาตรการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กแบบเชื่อมโยงทั้งแม่และเด็ก ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงเด็กปฐมวัย เพื่อให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาและประเมินผลของการแทรกแซง เช่น โปรแกรมการให้ความรู้หรือการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่อการลดภาวะโลหิตจางในเด็ก โดยอาศัยกรอบแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น แนวคิด KAP หรือแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลและสามารถนำไปใช้ในเชิงนโยบายได้

2. ควรพิจารณาศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมในด้านบริบทครอบครัวและสิ่งแวดล้อม เช่น รายได้ครัวเรือน ความมั่นคงทางอาหาร บทบาทของผู้ดูแลเด็ก และการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน เพื่อให้สามารถอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาและภาวะโลหิตจางในเด็กได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2017). NUTRITIONAL ANAEMIA : TOOLS FOR EFFECTIVE PREVENTION AND CONTROL [Internet]. 2017. [cited 2021 Sep 30]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241513067?Sequence=1
2. World Health Organization.(2022). Anaemia [Internet]. 2022. [cited 2021 Sep 5]. Available from: https://www.who.int/health-topics/anaemia#tab=tab_1
3. ชาญชัย ไตรวารี.(2562). ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต 2562; 29(1): 5-7.
4. กรมสุขภาพจิต.(2562). โลหิตจางเพราะขาดธาตุเหล็ก ทำให้เด็กวัยเรียนไอคิวต่ำลง [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 64]. เข้าถึงจาก: https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29819
5. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2557). คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
6. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.(2568). ร้อยละเด็กอายุครบ 12 เดือนในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจาง (Coverage) [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 7 ต.ค. 68]. เข้าถึงจาก: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/a322c6a4da31073ab9b72b4a7012ae72
7. สุจิตรา บางสมบุญ.(2561). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในทารกอายุ 6 เดือน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา 2561; 19(1): 40-48.
8. อัญชลี ภูมิจันทึก, ชัชฎา ประจุดทะเก, และประดับ ศรีหมื่นไวย.(2562). สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 9. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2562; 13(31): 178-188.
9. Xin, Q.Q., Chen, B.W., Yin, D.L., Xiao, F., Li, R.L., Yin, T. et al.(2016). Prevalence of Anemia and its Risk Factors among Children under 36 Months Old in China. Journal of Tropical Pediatrics 2016; 63(1): 36-42.
10. ละเอียด ศิลาน้อย.(2560). การใช้สูตรทางสถิติ(ที่ถูกต้อง)ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัยเชิงปริมาณในทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ 2560; 12(2): 58.
11. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF.(1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
12. Best, John W.(1977). Research is Evaluation. (3rded). Englewod cliffs: N.J. Prentice Hall.; 1977.

13. Baharvand, P., Fathi, M., Eliyasy, H., Abdolkarimi, B., & Kiani, A. A.(2018). The effect of delivery type on neonatal blood indices in an Iranian population. Biomedical Research and Therapy 2018; 5(10): 2768-2775.
14. Rabe, H., Gyte, G. M. L., Díaz-Rossello, J. L., & Duley, L.(2019). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019; 2019(9).
15. เนาวรัตน์ ศรีสวัสดิ์, และกรรณิการ์ พินิจ.(2566). สถานการณ์ความชุกภาวะโลหิตจางและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กอายุ 6-12 เดือน ที่คลินิกสุขภาพเด็กดี เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลระยอง ปี 2564-2565. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2566; 40(4): 389-397.
16. เก็ต เก็ต อ่อง, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง, และ วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์.(2568). ปัจจัยทำนายความรุนแรงของภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-23 เดือนในประเทศเมียนมา. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2568; 43(4): 389-406.
17. Gebrehaweria, M., Gebremeskel., & Tirore, L. L.(2016). Factors Associated with Anemia Among Children 6-23 Months of Age in Ethiopia: A Multilevel Analysis of Data from the 2016 Ethiopia Demographic and Health Survey. Pediatric health, medicine and therapeutics 2020; 11: 347-357.
18. Duttaa, M., Bhisea, M., Prashadb, L., Chaurasiac, H. & Debnath, P.(2020). Prevalence and risk factors of anemia among children 6-59 months in India. Clinical Epidemiology and Global Health 2020; 8(3): 868-878.
19. United Nations Children's Fund.(2020). Improving young children's diets during the complementary feeding period: UNICEF programming guidance. New York, NY: UNICEF; 2020.
20. World Health Organization.(2008). Advocacy, communication and social mobilization for TB control: A guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. WHO Press [Internet]. 2008. [cited 2025 Sep 30]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/978924159617
21. World Health Organization.(2025). Daily iron and folic acid supplementation during pregnancy [Internet]. 2024. [cited 2025 Sep 30]. Available from: https://www.who.int/tools/elena/interventions/daily-iron-pregnancy

การพัฒนารูปแบบการลดอุบัติเหตุการจราจรทางถนนโดยผ่านระบบสุขภาพอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (DHS-RTI) อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

Development of a Model for Reducing Road Traffic Accidents through a Strong and Sustainable Disease Control District Health System (DHS-RTI), Phlapphla Chai District, Buriram Province.

(Received: January 25,2026 ; Revised: January 28,2026 ; Accepted: January 31,2026)

เปรมกุลชา ชั่งดี[1]
Premkulcha Changdee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และบริบทปัญหาอุบัติเหตุทางถนน 2) พัฒนารูปแบบการลดอุบัติเหตุโดยผ่านระบบสุขภาพอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (DHS-RTI) และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) อำเภอพลับพลาชัย จำนวน 42 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน 2568 ถึง มกราคม 2569 ตามวงจร PAOR (Planning, Action, Observation, Reflection) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และเกณฑ์ประเมิน D-RTI วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะเตรียมการ อำเภอพลับพลาชัยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุสูงเกินค่าเป้าหมาย (13.69 ต่อแสนประชากร) ปัญหาหลักคือระบบข้อมูลขาดเอกภาพและการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) ระยะดำเนินการ ได้พัฒนารูปแบบ DHS-RTI ที่เน้นการบูรณาการข้อมูล 3 ฐานเพื่อชี้เป้าจุดเสี่ยง การแก้ไขกายภาพ และการสร้างมาตรการทางสังคมโดยชุมชน 3) ระยะประเมินผล พบว่า ภายหลังการดำเนินงาน จำนวนผู้บาดเจ็บลดลงร้อยละ 20.98 อัตราการเสียชีวิตลดลงเหลือ 5.48 ต่อแสนประชากร อัตราการสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.1 เป็น 78.1 และผลการประเมินมาตรฐาน D-RTI เพิ่มขึ้นจากระดับดี (62.5 คะแนน) เป็นระดับดีเยี่ยม (80.5 คะแนน) ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.58) ปัจจัยความสำเร็จคือการใช้ข้อมูลนำทางและการสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันของชุมชน

คำสำคัญ: อุบัติเหตุทางถนน, ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS), การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, อำเภอพลับพลาชัย

Abstract

This action research aimed to 1) investigate the situation and context of road traffic accidents, 2) develop a model for accident reduction through a Strong and Sustainable Disease Control District Health System (DHS-RTI), and 3) evaluate the effectiveness of the developed model. The purposive sample consisted of 42 members of the District Health Board (DHB) and the Road Safety Operation Center (RSOC) in Phlapphla Chai District. The study was conducted from June 2025 to January 2026 using the PAOR cycle (Planning, Action, Observation, Reflection). Research tools included questionnaires, interviews, and D-RTI evaluation criteria. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The results revealed that: 1) In the preparation phase, the district's road traffic death rate exceeded the target (13.69 per 100,000 population), with main problems being fragmented data systems and lack of community participation. 2) In the action phase, the DHS-RTI model was developed, focusing on integrating 3-base data to identify risk spots, improving physical road conditions, and establishing community-based social measures. 3) In the evaluation phase, after implementation, the number of injuries decreased by 20.98%, and the death rate dropped to 5.48 per 100,000 population. Helmet use increased from 38.1% to 78.1%. The D-RTI standard assessment score improved from 'Good' (62.5 points) to 'Excellent' (80.5 points).

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

Network satisfaction was at the highest level ($\bar{x}$ = 4.58). Key success factors were data-driven decision-making and fostering a sense of community ownership.

Keywords: Road Traffic Accidents, District Health System (DHS), Action Research, Phlapphla Chai District

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนนับเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนในปี พ.ศ. 2561 ระบุว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงที่สุดในภูมิภาคอาเซียน และครองอันดับหนึ่งของโลกในด้านการเสียชีวิตของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยมีอัตราสูงถึง 24.3 ต่อแสนประชากร[1] ความสูญเสียนี้ไม่ได้ส่งผลกระทบเพียงแค่ด้านชีวิตและสุขภาพ แต่ยังสร้างความเสียหายทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากอุบัติเหตุทางถนนของไทยสูงถึง 585,915.7 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 3.73 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) โดยการเสียชีวิต 1 ราย ก่อให้เกิดมูลค่าความสูญเสียประมาณ 6.7 ล้านบาท และการบาดเจ็บรุนแรง 2 ล้านบาทต่อราย[2]

ในบริบทของเขตสุขภาพที่ 9 สถานการณ์อุบัติเหตุยังคงมีความรุนแรง โดยพบว่าจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์มีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นลำดับต้นๆ ของเขต ซึ่งเกินกว่าค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้[3] สำหรับอำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ข้อมูลย้อนหลังระหว่างปี 2564 – 2566 สะท้อนให้เห็นถึงความผันผวนของสถานการณ์ โดยแม้จำนวนผู้เสียชีวิตจะมีแนวโน้มลดลงในบางปี แต่จำนวนผู้บาดเจ็บรวมยังคงอยู่ในระดับสูงและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2566 มีผู้บาดเจ็บสูงถึง 748 ราย (2,701.43 ต่อแสนประชากร)[4] ปัญหาดังกล่าวมักทวีความรุนแรงในพื้นที่ชนบท ซึ่งมีข้อจำกัดด้านการบังคับใช้กฎหมายและขาดการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งจากชุมชน[5]

ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury: D-RTI) ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) เพื่อบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน[6] อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การดำเนินงานในหลายพื้นที่ยังมีข้อจำกัดด้านนโยบายและกลไกการทำงานที่ขาดความเชื่อมโยงระหว่างองค์กรระดับอำเภอและท้องถิ่น ขาดการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา (Root Cause Analysis) เพื่อชี้เป้าจุดเสี่ยงอย่างแม่นยำ รวมถึงรูปแบบการดำเนินงานยังไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงของปัจเจกบุคคลได้อย่างยั่งยืน[7] ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของอำเภอพลับพลาชัยที่การดำเนินงานของ ศปถ.อำเภอ ยังขาดการเชื่อมประสานอย่างมีระบบและขาดการขับเคลื่อนที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของพื้นที่[8]

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโดยประยุกต์ใช้แนวคิด ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ที่มุ่งเน้นการดึงศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน มาบูรณาการร่วมกันเพื่อสร้าง "ระบบสุขภาพอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน" จึงเป็นหนทางสำคัญในการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการลดอุบัติเหตุการจราจรทางถนน (DHS-RTI) ในพื้นที่อำเภอพลับพลาชัย โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงจร PAOR (Planning, Action, Observation, Reflection)[9] เพื่อสร้างกลไกการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เสริมสร้างศักยภาพทีมนำ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อันจะนำไปสู่การลดความสูญเสียจาก

อุบัติเหตุทางถนนและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบทปัญหา และอุปสรรคของการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการลดอุบัติเหตุการจราจรทางถนนโดยผ่านระบบสุขภาพอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (DHS-RTI) โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลและประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการลดอุบัติเหตุการจราจรทางถนนโดยผ่านระบบสุขภาพอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (DHS-RTI)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดวงจรคุณภาพ PAOR ของ Kemmis & McTaggart[9] (Planning, Action, Observation, Reflection) เพื่อพัฒนารูปแบบการลดอุบัติเหตุการจราจรทางถนนโดยผ่านระบบสุขภาพอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (DHS-RTI) ในพื้นที่อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน – ธันวาคม 2568 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ประกอบด้วย นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้นำชุมชน และตัวแทนภาคประชาชน รวมจำนวน 42 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนงานโครงการพัฒนารูปแบบ DHS-RTI, กิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ, การจัดทำเวทีประชาคม และการถอดบทเรียน (AAR)

2.2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น

1) แบบประเมินผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (DHS-RTI) ตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค (9 กิจกรรม)

2) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงาน

3) แบบบันทึกข้อมูลสถิติอุบัติเหตุจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) และเวชระเบียน

4) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เกี่ยวกับบริบทปัญหา และปัจจัยความสำเร็จ

5) แบบบันทึกการสังเกตและถอดบทเรียน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น ดังนี้

1. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงาน

1.1 ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.89) ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์

1.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) เมื่อนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะใกล้เคียง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

เท่ากับ 0.87 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับสูงมาก

2. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก

2.1 ความเที่ยงตรง (Validity) ผ่านการตรวจสอบค่า IOC จากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าเท่ากับ 1.00 ในทุกข้อคำถาม เนื่องจากเป็นคำถามเชิงโครงสร้างที่เน้นการค้นหาบริบทและปัญหาจริง

2.2 ความน่าเชื่อถือ ใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลจาก 3 แหล่ง คือ การสัมภาษณ์รายบุคคล การสนทนากลุ่ม และการสังเกตพฤติกรรมในที่ประชุม

3. แบบบันทึกการสังเกตและถอดบทเรียน (AAR)

3.1 คุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอิงตามแนวทางกระบวนการเรียนรู้หลังปฏิบัติงาน (After Action Review) ของกรมควบคุมโรค โดยผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ และใช้การสะท้อนผล ร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อรับรองความถูกต้องของข้อสรุปจากการถอดบทเรียนทุกครั้ง

3. ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ผู้วิจัยศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565-2567) จากฐานข้อมูล HDC และเวชระเบียน ร่วมกับการถอดบทเรียนการทำงานของคณะกรรมการ พชอ. และ ศปถ. เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรค (Pain Points) นำมาสู่การกำหนดกรอบการพัฒนารูปแบบ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบและดำเนินการ (Action Research: PAOR)

ขั้นวางแผน (Planning) ประชุมภาคีเครือข่ายเพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์ วิเคราะห์ SWOT Analysis และร่วมกันยกร่างรูปแบบ DHS-RTI ที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอ

ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขับเคลื่อนรูปแบบผ่านกลไก พชอ. โดยการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU), พัฒนาศักยภาพทีมงาน, และลงมือปฏิบัติตามกรอบ 9 กิจกรรมหลักของ DHS-RTI

ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามความก้าวหน้าผ่านการประชุมประจำเดือนของหัวหน้าส่วนราชการและกำนันผู้ใหญ่บ้าน รวมถึงการลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลัง

ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสรุปผลการดำเนินงานและปรับปรุงรูปแบบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล (Evaluation) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินการ ใน 2 มิติ คือ 1) ผลลัพธ์เชิงปริมาณ (สถิติการเกิดอุบัติเหตุ อัตราการบาดเจ็บ/เสียชีวิต และคะแนนประเมินเกณฑ์ DHS-RTI) และ 2) ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ (ความพึงพอใจและการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานของภาคีเครือข่าย)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปและเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

2. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการจัดหมวดหมู่เชื่อมโยงประเด็น และสรุปความสัมพันธ์

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2065-088 (รหัสโครงการ 104/2568) เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์บริบทปัญหา (Situation Analysis)

จากการรวบรวมข้อมูลสถิติอุบัติเหตุย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565 – 2567) จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) และเวชระเบียนโรงพยาบาลพลับพลาชัย ร่วมกับการระดมสมองและสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) จำนวน 42 คน พบประเด็นสำคัญดังนี้

1. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอพลับพลาชัย จากการวิเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนระหว่างปี พ.ศ. 2565 – 2567 พบว่า สถิติการเกิดอุบัติเหตุในภาพรวมมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น คือ จำนวนผู้บาดเจ็บรวมเสียชีวิต 143 ราย (3.92 ต่อพันประชากร), 152 ราย (4.35 ต่อพันประชากร) และ 162 ราย (4.44 ต่อพันประชากร) โดยในปี 2567 มีจำนวนผู้ประสบเหตุทั้งหมด 162 ราย คิดเป็นอัตรา 443.71 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิตจำนวน 5 ราย (อัตรา 13.69 ต่อแสนประชากร) ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายของประเทศ

เมื่อจำแนกตามพฤติกรรมเสี่ยงและยานพาหนะ พบว่า ยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดคือ รถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 92.7 รองลงมาคือ รถกระบะ (ร้อยละ 4.5) โดยสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุ 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การขับขี่เร็วเกินกำหนด (ร้อยละ 45.2) 2) การไม่สวมหมวกนิรภัย (ร้อยละ 38.1) และ 3) เมาสุราขณะขับขี่ (ร้อยละ 11.2) นอกจากนี้ยังพบว่าช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดคือช่วงเวลา 16.00 น. ถึง 18.00 น. และกลุ่มอายุที่ประสบเหตุสูงสุดคือช่วงอายุ 10-19 ปี

2. ผลการประเมินการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (D-RTI) จากการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐาน D-RTI (9 กิจกรรม) ในระยะก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่าการดำเนินงานในภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 62.5 คะแนน (จากเต็ม 100) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดและจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเร่งด่วน คือ ด้านการจัดการข้อมูลและวิเคราะห์จุดเสี่ยง (คะแนนเฉลี่ย 5) และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน (คะแนนเฉลี่ย 6)

3. ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและอุปสรรคจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จากการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียนการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ตามแนวคำถามหลัก 5 ข้อ สามารถสรุปประเด็นปัญหาเชิงโครงสร้างและปฏิบัติการได้ดังนี้

ด้านกลไกการขับเคลื่อน (Management System) ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนว่า แม้จะมีโครงสร้าง พชอ. และ ศปถ.อำเภอ แต่การทำงานที่ผ่านมายังขาดความต่อเนื่อง ขาดการบูรณาการแผนงานระหว่างหน่วยงานท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม การประชุมมักเน้นการรายงานตัวเลขมากกว่าการหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

ด้านระบบข้อมูล (Information System) ข้อมูลอุบัติเหตุยังกระจัดกระจาย แยกเก็บตามหน่วยงาน (ตำรวจ, โรงพยาบาล, กู้ชีพ) ทำให้ขาดข้อมูลที่เป็นเอกภาพ (Single Database) ส่งผลให้การชี้เป้าจุดเสี่ยงและการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา (Root Cause Analysis) ไม่แม่นยำ ไม่สามารถนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ย่อยได้จริง

ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ประชาชนในพื้นที่ยังมองว่าเรื่องอุบัติเหตุเป็นเรื่องของเวรกรรม หรือความประมาทส่วนบุคคล ขาดความตระหนักรู้ในเรื่องกฎจราจร และชุมชนยังไม่มีบทบาทในการกำหนดกติกาทางสังคม (Social Measure) เพื่อควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงในหมู่บ้าน

4. การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค (SWOT Analysis) จากการสังเคราะห์

ข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันวิเคราะห์ศักยภาพของทีมงาน ดังนี้

จุดแข็ง (Strengths) มีคณะกรรมการ พชอ. ที่เข้มแข็ง, ผู้นำชุมชนให้ความร่วมมือดี, ทีมกู้ชีพกู้ภัยมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน

จุดอ่อน (Weaknesses) ขาดการคืนข้อมูลสู่ชุมชน, การบังคับใช้กฎหมายในถนนสายรองยังไม่ทั่วถึง, ขาดนวัตกรรมหรือรูปแบบการทำงานเชิงรุก

โอกาส (Opportunities) นโยบายระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) เอื้อต่อการทำงานบูรณาการ, มีงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.)

อุปสรรค (Threats) สภาพถนนบางสายชำรุดและขาดแสงสว่าง, วัฒนธรรมการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัยของกลุ่มวัยรุ่น

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบและดำเนินการตามวงจรวิจัย (Action Research)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันนำผลการวิเคราะห์ปัญหา มาสู่การวางแผนและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามวงจรคุณภาพ PAOR ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Planning) คณะกรรมการ พชอ. และ ศปถ.อำเภอ ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุสู่ชุมชนและร่วมกันกำหนดทิศทางการดำเนินงาน โดยมติที่ประชุมได้กำหนดให้ใช้ รูปแบบการจัดการอุบัติเหตุแบบบูรณาการผ่านกลไก พชอ. (DHS-RTI Model) ซึ่งมุ่งเน้นการแก้ไขจุดอ่อน 2 ด้านหลัก คือ การจัดการข้อมูลและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยกำหนดแผนปฏิบัติการ 3 ยุทธศาสตร์สำคัญ ได้แก่

1) ยุทธศาสตร์การจัดการข้อมูล พัฒนาระบบข้อมูลเดียว (Single Database) เชื่อมโยงข้อมูล 3 ฐาน (ตำรวจ, สาธารณสุข, บริษัทกลางฯ) เพื่อระบุจุดเสี่ยงที่แท้จริง

2) ยุทธศาสตร์การจัดการจุดเสี่ยง มุ่งเน้นการแก้ไขจุดเสี่ยงทางกายภาพตามที่ข้อมูลระบุ โดยใช้งบประมาณท้องถิ่น

3) ยุทธศาสตร์สร้างชุมชนปลอดภัย สร้างมาตรการทางสังคมในระดับหมู่บ้าน เพื่อควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) ได้ดำเนินการขับเคลื่อนกิจกรรมตามแผนงานที่กำหนดไว้ ดังนี้

1) การพัฒนาทีมนำและกลไกการทำงาน มีการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างนายอำเภอ ผู้นำท้องถิ่น และหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อขับเคลื่อนงานอย่างเป็นรูปธรรม และแต่งตั้งคณะทำงานวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุระดับอำเภอ

2) การพัฒนาระบบข้อมูลและชี้เป้าจุดเสี่ยง จัดตั้งศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุระดับอำเภอ ณ ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพลับพลาชัย ทำหน้าที่รวบรวมและสอบสวนสาเหตุเชิงลึก (In-depth Investigation) ในเคสอุบัติเหตุรุนแรงและเสียชีวิตทุกราย ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การแก้ไขจุดเสี่ยงทางกายภาพ เช่น การติดไฟส่องสว่างเพิ่มในจุดที่เกิดเหตุบ่อยช่วงเวลา 16.00-18.00 น. และการซ่อมแซมผิวจราจรในเส้นทางสายรอง

3) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการจัดทำประชาคมหมู่บ้านลดอุบัติเหตุ เพื่อสร้างกติกาชุมชน (ธรรมนูญตำบล) เช่น การกำหนดมาตรการ “ขับขี่ปลอดภัย ใส่ใจลูกหลาน” โดยผู้นำชุมชนคอยตักเตือนบุตรหลานที่ขับขี่รถจักรยานยนต์เร็วเกินกำหนดหรือไม่สวมหมวกนิรภัย ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มเสี่ยงหลัก (อายุ 10-19 ปี) ที่พบในระยะที่ 1

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) จากการติดตามผลการดำเนินงานในระยะเวลา 6 เดือน พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ดังนี้

1) ด้านกระบวนการ ภาคีเครือข่ายมีการประชุมติดตามงานอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน มีการใช้ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลกลางมาประกอบการตัดสินใจแทนการใช้ความรู้สึก โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ที่นำข้อมูลจุดเสี่ยงไปตั้งงบประมาณเพื่อแก้ไขถนนได้ตรงจุด

2) ด้านพฤติกรรม พบว่าประชาชนในพื้นที่มีความตื่นตัวมากขึ้น โดยสังเกตเห็นการสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยทำงาน แต่ในกลุ่มวัยรุ่นยังพบการฝ่าฝืนอยู่บ้าง ซึ่งผู้นำชุมชนได้ใช้วิธีการตักเตือนรายบุคคล

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จากการจัดเวทีถอดบทเรียน (AAR) ร่วมกับทีมนำและภาคีเครือข่าย พบว่า

ปัจจัยความสำเร็จ คือการใช้ข้อมูลนำทาง ทำให้ผู้นำท้องถิ่นเห็นภาพปัญหาชัดเจน และการใช้กลไก พชอ. ทำให้เกิดการบูรณาการงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) มาสนับสนุนกิจกรรมรณรงค์ได้คล่องตัวขึ้น

สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ การบังคับใช้กฎหมายกับกลุ่มเยาวชนยังทำได้ยาก เนื่องจากบริบทสังคมชนบทที่มีความเกรงใจกัน จึงเสนอให้มีการดึงโรงเรียนและผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในระยะต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผล

จากการนำรูปแบบการลดอุบัติเหตุการจราจรทางถนนโดยผ่านระบบสุขภาพอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (DHS-RTI) ไปใช้ในพื้นที่อำเภอพลับพลาชัย และติดตามประเมินผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในช่วงเดือนสิงหาคม 2568 ถึง มกราคม 2569 เปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อนหน้า พบผลการวิจัยดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านสถานการณ์อุบัติเหตุ (Outcome Evaluation) เมื่อเปรียบเทียบสถิติอุบัติเหตุทางถนนภายหลังการดำเนินงานตามรูปแบบ DHS-RTI พบว่า สถานการณ์ความรุนแรงของอุบัติเหตุในพื้นที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยจำนวนผู้บาดเจ็บรวมลดลงจาก 143 ราย เหลือ 113 ราย (ลดลงร้อยละ 20.98) อัตราการเสียชีวิตลดลงจาก 13.69 ต่อแสนประชากร เหลือ 5.48 ต่อแสนประชากร และจำนวนผู้บาดเจ็บรุนแรงที่ต้องนอนโรงพยาบาล (Admit) ลดลงจาก 62 ราย เหลือ 45 ราย (ลดลงร้อยละ 27.42)

นอกจากนี้ ผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่ พบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในพื้นที่ เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 38.1 (ก่อนดำเนินการ) เป็นร้อยละ 78.1 (หลังดำเนินการ) และอุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากการดื่มสุราลดลงจากร้อยละ 11.2 เหลือร้อยละ 7.4

2. ผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงาน D-RTI ผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐาน D-RTI (9 กิจกรรม) หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นจาก 62.50 คะแนน (ระดับดี) เป็น 80.50 คะแนน (ระดับดีเยี่ยม) เมื่อพิจารณารายด้านที่เป็นจุดอ่อนเดิม พบพัฒนาการที่สำคัญคือ

1) ด้านการจัดการข้อมูล (กิจกรรมที่ 2) คะแนนเพิ่มขึ้นจากเดิม 5 คะแนน เป็น 8 คะแนน สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบข้อมูลศูนย์ปฏิบัติการระดับอำเภอที่สามารถระบุจุดเสี่ยงได้แม่นยำ

2) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน (กิจกรรมที่ 7 และ 8) คะแนนเพิ่มขึ้นจากเดิม 6 คะแนน เป็น 10 คะแนน (คะแนนเต็ม) แสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของมาตรการสังคมและด่านชุมชนที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของประชาชน

3. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงาน จากการประเมินความพึงพอใจของคณะกรรมการ พชอ., ศปถ.อำเภอ และภาคีเครือข่าย จำนวน 42 คน ที่มีต่อรูปแบบ DHS-RTI พบว่า ในภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับ มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.58, S.D. = 0.52) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าประเด็นที่มีความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (ค่าเฉลี่ย 4.75, S.D. = 0.44) 2) การบูรณาการการทำงานที่ไม่ซ้ำซ้อน (ค่าเฉลี่ย 4.62, S.D. = 0.49) และ 3) ระบบข้อมูลที่สามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาได้จริง (ค่าเฉลี่ย 4.55, S.D. = 0.50)

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Success Factors) จากการถอดบทเรียน (AAR) พบว่า

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญคือการใช้ข้อมูลนำทาง สร้างการมีส่วนร่วม และบูรณาการทรัพยากร โดยเฉพาะการที่ผู้นำท้องถิ่นได้รับข้อมูลจุดเสี่ยงที่ชัดเจน นำไปสู่การจัดสรรงบประมาณแก้ไขจุดเสี่ยงทางกายภาพได้ตรงจุด ประกอบกับการใช้มาตรการทางสังคม โดยคนในชุมชนเอง ทำให้เกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าการบังคับใช้กฎหมายเพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 1 สรุปผลการวิจัยเปรียบเทียบก่อน-หลังการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด (Indicators)	ก่อนดำเนินการ (2567)	หลังดำเนินการ (2568-69)	การเปลี่ยนแปลง
จำนวนผู้บาดเจ็บรวม (ราย)	143	113	ลดลง 20.98%
อัตราผู้เสียชีวิต (ต่อแสนประชากร)	13.69	5.48	ลดลง 8.21 ต่อแสนฯ
ผู้บาดเจ็บรุนแรง/Admit (ราย)	62	45	ลดลง 27.42%
อัตราการสวมหมวกนิรภัย (%)	38.1	78.1	เพิ่มขึ้น 40.0%
อุบัติเหตุจากเมาสุรา (%)	11.2	7.4	ลดลง 3.8%
คะแนนประเมิน D-RTI (คะแนน)	62.5	80.5	เพิ่มขึ้น 18.00 คะแนน

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการลดอุบัติเหตุการจราจรทางถนนโดยผ่านระบบสุขภาพอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (DHS-RTI) อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ประสิทธิผลของกลไกและการจัดการตามเกณฑ์มาตรฐาน D-RTI ผลการวิจัยพบว่า การขับเคลื่อนงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) โดยยึดเกณฑ์มาตรฐาน D-RTI ส่งผลให้อุบัติเหตุลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (ผู้บาดเจ็บลดลงร้อยละ 20.98 และเสียชีวิตลดลงเหลือ 5.48 ต่อแสนประชากร) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ มนัญชัย รูปต่ำ[10] ที่ศึกษาในอำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่า ปัจจัยความสำเร็จที่ทำให้สามารถลดการเสียชีวิตและได้รับรางวัลระดับดีเยี่ยม (Advanced) คือการมีโครงสร้างการดำเนินงานที่ชัดเจน ภายใต้รูปแบบ D-RTI Plus โดยเฉพาะการมีคณะอนุกรรมการสอบสวนสาเหตุ และการมีส่วนร่วมของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการกำหนดนโยบาย ซึ่งยืนยันได้ว่าการใช้รูปแบบการทำงานที่เป็นระบบมาตรฐานสามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในระดับอำเภอได้จริง[10]

2. การมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิจัยที่พบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 78.1 อันเป็นผลจากการสร้างมาตรการทางสังคมและด่านชุมชน สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วม (Participation) ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐนันต์ ทองศรี[11] ที่ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการในอำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ โดยพบว่า การเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (เช่น ครู ตำรวจ ผู้นำชุมชน และเยาวชน) เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยตั้งแต่การวางแผนจนถึงการสะท้อนผล (PAOR) เป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทักษะการเอาชีวิตรอดในการขับขี่ได้อย่างยั่งยืน มากกว่าการมุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้ทางเดียว[11]

3. การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อชี้เป้าและแก้ไขปัญหา การพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุของอำเภอพลับพลาชัยจนมีคะแนนประเมินเพิ่มขึ้นเป็น 8 คะแนน และสามารถระบุช่วงเวลาเสี่ยง (16.00-18.00 น.) เพื่อติดตั้งไฟส่องสว่างได้ตรงจุด

สอดคล้องกับแนวคิดในงานวิจัยของ มนัญชัย รูปต่ำ[10] ที่ระบุว่า กระบวนการสอบสวนอุบัติเหตุ (Investigation) และการนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุเชิงลึก เป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยให้คณะทำงานสามารถจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพและพฤติกรรมได้ถูกต้องแม่นยำ ซึ่งแตกต่างจากการดำเนินงานในอดีตที่มักขาดข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ[10]

4. ความยั่งยืนผ่านความรู้สึกเป็นเจ้าของ ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายในระดับมากที่สุดต่อรูปแบบ DHS-RTI แสดงให้เห็นถึงการยอมรับและความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน ซึ่งเป็นปัจจัยเดียวกับที่ ณัฐนันต์ ทองศรี ค้นพบว่า การสร้างรูปแบบการทำงานที่เครือข่ายยอมรับและเห็นความสำคัญ จะนำไปสู่ความยั่งยืนของการแก้ปัญหา และสามารถขยายผลไปสู่การจัดการความเสี่ยงอื่นๆ ในพื้นที่ได้[11]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) รูปแบบการดำเนินงาน DHS-RTI ที่เน้นการมีส่วนร่วมของพหุภาคีและใช้ข้อมูลนำทางนี้ ได้พิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพ จึงควรนำกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หรือการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC)

2) เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรพิจารณานำแผนงานป้องกันอุบัติเหตุและการแก้ไขจุดเสี่ยงทางกายภาพ บรรจุเข้าในข้อบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี หรือแผนพัฒนาท้องถิ่น เพื่อให้มีงบประมาณสนับสนุนที่ชัดเจนและยั่งยืน โดยไม่ต้องพึ่งพางบประมาณวิจัยหรือเงินสนับสนุนชั่วคราวเพียงอย่างเดียว

3) ควรส่งเสริมให้ด่านครอบครัว และ กติกาชุมชน มีความเข้มข้นขึ้น โดยอาจมีการยกย่องเชิดชูเกียรติหมู่บ้านต้นแบบ หรือครอบครัวตัวอย่างที่ปฏิบัติตามกฎจราจร เพื่อสร้างแรงจูงใจเชิงบวกควบคู่ไปกับการบังคับใช้กฎหมาย

4) ควรผลักดันให้ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุระดับอำเภอ เป็นศูนย์กลางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (ตำรวจ สาธารณสุข กู้ชีพ และ อปท.) อย่างเป็นทางการและต่อเนื่อง (Real-time data sharing) เพื่อให้ทุกฝ่ายเห็นภาพสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบันที่สุด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ ภายหลังสิ้นสุดโครงการ 1-2 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน และประสิทธิภาพของกลไก พชอ. ว่ายังคงมีความเข้มแข็งหรือไม่เมื่อไม่มีทีมนักวิจัยเข้าไปกระตุ้น

2) ควรวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาเจาะลึกถึงทัศนคติและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มนี้ เพื่อออกแบบนวัตกรรมหรือมาตรการแก้ไขปัญหาที่จำเพาะเจาะจง

3) ควรทำการวิจัยเชิงถอดบทเรียนในตำบลที่มีผลการดำเนินงานดีเยี่ยมเปรียบเทียบกับตำบลที่มีผลการดำเนินงานน้อย เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จและบริบทที่แตกต่างกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการนำรูปแบบไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2018). Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization.
2. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2564). มูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยปี 2563. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
3. ดารณี สุวพันธ์. (2551). การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไทย.

4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. (2564). รายงานสรุปผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 9 ปี 2564. นครราชสีมา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา.
5. ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ข้อมูลการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก https://dip.ddc.moph.go.th/new/home
6. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการดำเนินงานและการประเมินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ District Road Traffic Injury (D-RTI). นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
7. ศศิกานต์ มาลากิจสกุล. (2562). ผลของรูปแบบการดำเนินงาน D-RTI Plus ต่อการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 3. วารสารควบคุมโรค, 45(2), 162-174.
8. ฉลองชัย สิทธิวัง, และคณะ. (2564). การพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 6 อำเภอนำร่อง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(2), 236-248.
9. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planner (3rd ed.). Victoria: Deakin University.
10. มนัญชัย รูปต่ำ. (2565). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 7(3), 206-214.
11. ณัฐนันต์ ทองศรี. (2568). การพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์. สุรินทร์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.

การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

The Development of Practice Guideline for Preventing HIV Infection from Mother to Child Transmission at Plubplachai Hospital, Buriram Province.

(Received: January 25,2026 ; Revised: January 27,2026 ; Accepted: January 31,2026)

ลัดดา อังศุวัชรากร[1]
Ladda Angsuvacharakorn[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก 2) พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพลับพลาชัย และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ จำนวน 10 คน และระยะทดลองใช้ จำนวน 20 คน ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพและหญิงตั้งครรภ์ ดำเนินการวิจัยโดยประยุกต์ใช้กระบวนการ ADDIE Model (Analysis, Design, Development, Implementation, Evaluation) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ ความคิดเห็น ความพึงพอใจ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที (Paired t-test)ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะวิเคราะห์ สถานการณ์ย้อนหลัง 5 ปี พบอัตราการติดเชื้อในทารกสูงเกินเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 8.33) ปัญหาหลักคือการเข้าถึงบริการล่าช้า ขาดความต่อเนื่องในการรับประทานยา และการตีตราทางสังคม 2) ระยะพัฒนา ได้แนวปฏิบัติ (Plubplachai Model) ที่เน้นระบบช่องทางด่วน (Fast Track) การเริ่มยาต้านไวรัสทันที (Same Day ART) และการให้คำปรึกษาทางจิตสังคมเพื่อเปิดเผยผลเลือด 3) ระยะประเมินผล พบว่า ภายหลังการดำเนินงาน ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในทารก (0 ราย) คะแนนความรู้ของบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{x} = 4.65$) และความพึงพอใจของผู้ให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.72$) ปัจจัยความสำเร็จคือความชัดเจนของบทบาทหน้าที่และการเชื่อมโยงข้อมูลอย่างไร้รอยต่อ

คำสำคัญ: การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก, เอชไอวี, แนวปฏิบัติทางคลินิก, โรงพยาบาลพลับพลาชัย

Abstract

This Participatory Action Research (PAR) aimed to 1) investigate the problems and needs regarding the prevention of mother-to-child HIV transmission, 2) develop a practice guideline for preventing HIV infection at Plubplachai Hospital, and 3) evaluate the effectiveness of the developed model. The purposive sample consisted of 10 participants for the development phase and 20 participants for the implementation phase, including a multidisciplinary team and pregnant women. The study applied the ADDIE Model (Analysis, Design, Development, Implementation, Evaluation). Research tools included questionnaires on knowledge, opinions, satisfaction, and in-depth interviews. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test.

The results revealed that: 1) In the analysis phase, the 5-year retrospective data showed an infant infection rate exceeding the target (8.33%), with main problems being delayed access to services, poor medication adherence, and social stigma. 2) In the development phase, the Plubplachai Model was established, focusing on a FastTrack system, Same Day ART initiation, and psychosocial counseling for status disclosure. 3) In the evaluation phase, after implementation, no new infant infections were found (0 cases). Personnel knowledge scores significantly increased ($p < .05$). Opinions on the guideline were at the highest agreement level ($\bar{x} = 4.65$), and provider satisfaction was at the highest level ($\bar{x} = 4.72$). Key success factors were role clarity and seamless data integration.

Keywords: Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT), HIV, Clinical Practice Guideline, Plubplachai Hospital

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

โรคเอดส์ (AIDS) ซึ่งมีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) ยังคงเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก แม้ว่าวิทยาการทางการแพทย์จะก้าวหน้าไปมาก แต่สถานการณ์การแพร่ระบาดยังคงน่าเป็นห่วง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี ค.ศ. 2022 ทั่วโลกยังมีผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงถึง 1.3 ล้านราย[1] โดยหนึ่งในช่องทางการแพร่กระจายเชื้อที่ส่งผลกระทบระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตของประชากรคือ การถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (Mother-to-Child Transmission: MTCT) ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะให้นมบุตร หากปราศจากมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ ทารกมีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 15–45 แต่หากมีการบริหารจัดการที่ดี โดยเฉพาะการให้ยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy: ART) แก่หญิงตั้งครรภ์อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จะสามารถลดความเสี่ยงของการถ่ายทอดเชื้อลงเหลือต่ำกว่าร้อยละ 1 ได้อย่างมีนัยสำคัญ[2]

สำหรับประเทศไทย นับเป็นประเทศที่มีความโดดเด่นในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จนได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกให้เป็นประเทศแรกในภูมิภาคเอเชียที่สามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559[3] และได้กำหนดยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 โดยมีเป้าหมายท้าทายในการลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกให้เหลือไม่เกินร้อยละ 1 ภายในปี พ.ศ. 2573[4] อย่างไรก็ตาม แม้ภาพรวมระดับประเทศจะประสบความสำเร็จ แต่ในระดับปฏิบัติการในบางพื้นที่ยังคงเผชิญกับอุปสรรคที่ซับซ้อน โดยเฉพาะปัญหาการเข้าถึงบริการที่ล่าช้า การตีตราทางสังคม และปัญหาการย้ายถิ่นฐาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์หลุดจากระบบการรักษา

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก พบว่าสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวียังคงมีความเปราะบาง ข้อมูลสถิติย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2563–2567) มีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมารับบริการจำนวน 12 ราย แม้ส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลตามมาตรฐาน แต่ยังพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในทารกจำนวน 1 ราย ในปี พ.ศ. 2564 คิดเป็นร้อยละ 8.3 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของประเทศ[5] เมื่อวิเคราะห์เจาะลึกถึงสาเหตุรากเหง้า (Root Cause Analysis) พบว่าปัจจัยสำคัญเกิดจากการที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ล่าช้า การปกปิดสถานะการติดเชื้อเนื่องจากความกลัวต่อการถูกเลือกปฏิบัติจากครอบครัวและชุมชน รวมถึงความไม่ต่อเนื่องของการรับประทานยาต้านไวรัส ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติแบบเดิม (Routine Practice) อาจยังไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อบริบทปัญหาที่ซับซ้อนในระดับพื้นที่ได้ และจำเป็นต้องมีกลไกการดูแลเชิงรุกที่ครอบคลุมมิติทางสังคมและจิตใจมากยิ่งขึ้น

ความท้าทายดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการให้บริการ โดยต้องอาศัยกระบวนการออกแบบและพัฒนาอย่างเป็นระบบ เพื่อปิดช่องว่างของการบริการเดิม ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิด ADDIE Model ของ Kevin D. Kruse มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดหลักในการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา (Analysis), การออกแบบรูปแบบ (Design), การพัฒนาเครื่องมือและนวัตกรรม (Development), การนำไปทดลองใช้ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation)[6] กระบวนการนี้จะช่วยให้ทีมสหวิชาชีพสามารถสร้างแนวปฏิบัติที่มีความยืดหยุ่น เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพลับพลาชัย และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ปัญหา

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ของโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมุ่งหวังให้เกิดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม และสามารถปฏิบัติได้จริง ซึ่งจะช่วย

เพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหา คัดกรอง และดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างรวดเร็ว อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อสู่ทารก และยกระดับคุณภาพชีวิตของแม่และเด็กในพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

3. เพื่อประเมินผลแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ประยุกต์ร่วมกับกระบวนการออกแบบระบบการเรียนการสอนตามแนวคิด ADDIE Model ของ Kevin D. Kruse ร่วมกับรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest design) ดำเนินการศึกษา ณ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ เพื่อให้ครอบคลุมทั้งกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติและการนำไปทดลองใช้จริง ดังนี้

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

1.1 กลุ่มผู้ให้บริการ คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การทำคลอด และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด และคลินิกเอชไอวี รวมจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 40 คน

1.2 กลุ่มผู้รับบริการ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี และมารับบริการฝากครรภ์หรือคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลพลับพลาชัย

2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลพลับพลาชัย และยินดีให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวปฏิบัติ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพร้ายแรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์หรือเอชไอวี ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแนวทาง หรือไม่สามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้ 2) ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวีในระยะลุกลามหรือเข้าสู่ภาวะเอดส์ (AIDS) ที่รุนแรงจนไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ 3) บุคลากรที่ไม่ได้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลกลุ่มเป้าหมายในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล 4) ผู้ที่ปฏิเสธหรือไม่ยินดีลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ เครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ และเครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะเป็นแบบทดสอบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก (ก, ข, ค, ง) จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก และการดูแลรักษา เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยมีการแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (16–20 คะแนน) ระดับปานกลาง (12–15 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อยกว่า 12 คะแนน) [12]

1.2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแนวคิดของ Likert[8] จำนวน 20 ข้อ เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) ไปจนถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) การแปลผลใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง เห็นด้วยในระดับมาก, 2.34–3.67 หมายถึง ปานกลาง และ 1.00–2.33 หมายถึง น้อย

1.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ[13] ครอบคลุมประเด็นด้านความชัดเจนของเนื้อหา ความสะดวกในการนำไปใช้ และประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน

2. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

2.1 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) เป็นชุดคำถามปลายเปิด (Open-ended questions) สำหรับผู้รับบริการ (หญิงตั้งครรภ์) และผู้ให้บริการ เจาะลึกในประเด็นประสบการณ์การรับบริการ ปัญหาอุปสรรคที่พบ ความต้องการการดูแล และข้อเสนอแนะต่อระบบบริการ จำนวน 5 ข้อหลัก

2.2 แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) สำหรับระดมสมองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จำนวน 3 ข้อหลัก เพื่อค้นหาแนวทางพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม การวางแผนปฏิบัติงาน และการติดตามประเมินผล โดยเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาข้อสรุปร่วมกันในการแก้ปัญหาเชิงระบบ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือทุกฉบับได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา (R&D) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ ADDIE Model อย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. ระยะการวิเคราะห์ (Analysis)

1) วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ปัญหาผ่านการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 5 ปี และการวิเคราะห์ SWOT เพื่อระบุจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคในการดำเนินงานปัจจุบัน

2) สำรวจความต้องการจำเป็น (Need Assessment) ของบุคลากรและผู้รับบริการผ่านการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

2. ระยะการออกแบบและพัฒนา (Design & Development)

1) นำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์และร่างแนวปฏิบัติใหม่ จัดทำคู่มือและสื่อการเรียนรู้

2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อชี้แจงแนวทาง สร้างความเข้าใจ และฝึกทักษะการใช้เครื่องมือแก่ทีมสหวิชาชีพ

3. ระยะการนำไปใช้ (Implementation)

1) ทดลองใช้แนวปฏิบัติในคลินิกฝากครรภ์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลพลับพลาชัย ตามระยะเวลาที่กำหนด

2) มีการนิเทศติดตามผล (Monitoring) และให้คำปรึกษาระหว่างการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

4. ระยะการประเมินผล (Evaluation)

1) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองใช้ โดยใช้แบบประเมินความรู้ แบบสอบถามความคิดเห็นและแบบประเมินความพึงพอใจ

2) จัดเวทีถอดบทเรียน (After Action Review: AAR) เพื่อสรุปผลความสำเร็จและปัญหาที่ยังคงอยู่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) 2) คะแนนความรู้ ความคิดเห็น และความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)[7] 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และความคิดเห็นก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired Sample t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ 1) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2065-077 (รหัสโครงการ 96/2568) เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา (Analysis)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแล โดยแบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลทางระบาดวิทยา จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2563–2567) ของโรงพยาบาลพลับพลาชัย พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมารับบริการจำนวนทั้งหมด 12 ราย โดยมีลักษณะทางประชากรและผลลัพธ์การดูแลที่สำคัญ ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21–30 ปี จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 66.67) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 66.67) รองลงมาคือหย่าร้าง/แยกทาง จำนวน 4 ราย ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (5 ราย) และมีบางส่วนที่ว่างงานหรือรับจ้างทั่วไป

2) สภาพปัญหาและผลลัพธ์ทางคลินิก แม้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ (9 ราย) จะสามารถเข้าถึงบริการฝากครรภ์และเริ่มยาต้านไวรัสได้ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ แต่ยังคงพบปัญหาเชิงคุณภาพในระบบบริการที่สำคัญ คือ

- การเข้าถึงบริการล่าช้า พบหญิงตั้งครรภ์ 2 ราย ไม่ได้เข้ารับบริการฝากครรภ์ (No ANC) และไม่ได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง สาเหตุหลักเกิดจากการย้ายถิ่นที่อยู่ และปัญหาครอบครัวที่มีการปกปิดสถานะการติดเชื้อกับสามีใหม่

- ประสิทธิภาพการกดปริมาณไวรัส พบหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย มีปริมาณไวรัส (Viral Load) ณ วันคลอดสูงถึง 416 copies/ml ซึ่งเกิดจากการขาดความต่อเนื่องในการรับประทานยา

- อุบัติการณ์การติดเชื้อในทารก จากช่องว่างของระบบบริการดังกล่าว ส่งผลให้ในปี พ.ศ. 2564 พบทารกติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.33 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดให้ต่ำกว่าร้อยละ 1

1.2 ผลการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรค (SWOT Analysis) จากการระดมสมองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพของหน่วยงานในการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สรุปได้ดังนี้

1) จุดแข็ง (Strengths) โรงพยาบาลมีทีมสหวิชาชีพ (แพทย์, เภสัชกร, พยาบาล) ที่มีความพร้อมในการให้บริการ มีคลินิกเฉพาะทางที่ให้บริการได้มาตรฐาน และมีระบบการส่งต่อภายในโรงพยาบาลที่ชัดเจน

2) จุดอ่อน (Weaknesses) ขาดแนวปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่สอดคล้องกับบริบทปัญหาหน้างานจริง โดยเฉพาะแนวทางการดูแลกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มย้ายถิ่น หรือกลุ่มที่ไม่กล้าเปิดเผยผลเลือด ทำให้การติดตามตัวเป็นไปด้วยความยากลำบาก

3) โอกาส (Opportunities) นโยบายระดับชาติที่สนับสนุนการยุติปัญหาเอดส์ (Ending AIDS) และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็ว เอื้อต่อการพัฒนาระบบ

4) อุปสรรค (Threats) การตีตราทางสังคม (Stigma) ยังคงรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะปกปิดข้อมูล การย้ายถิ่นฐานของประชากรวัยทำงานทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษา และปัญหาเศรษฐกิจครอบครัว

1.3 ผลการสำรวจความต้องการจำเป็น (Needs Assessment) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มบุคลากรและผู้รับบริการ ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับความต้องการในการพัฒนารูปแบบ ดังนี้

1) ด้านผู้ให้บริการ (บุคลากร) ต้องการแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม (Flow chart) ที่สามารถตัดสินใจได้ทันทีเมื่อเจอเคสที่มีความเสี่ยงสูง หรือเคสที่มาฝากครรภ์ช้า ต้องการระบบ "ช่องทางด่วน (Fast Track)" เพื่อลดขั้นตอนการรอคอย และเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยผู้ป่วยในการเปิดเผยผลเลือดต่อคู่สมรส

2) ด้านผู้รับบริการ (หญิงตั้งครรภ์) ต้องการความมั่นใจในการรักษาว่าลูกจะปลอดภัย ต้องการความเป็นส่วนตัว (Privacy) อย่างเคร่งครัด และต้องการที่ปรึกษาที่สามารถพูดคุยได้ทุกเรื่องโดยไม่ถูกตัดสิน โดยเฉพาะความกังวลเรื่องการใช้ชีวิตร่วมกับคนในครอบครัว

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาแนวปฏิบัติ (Design and Development)

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาสังเคราะห์และดำเนินการออกแบบพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยมีรายละเอียดผลการดำเนินงานดังนี้

2.1 ผลการสังเคราะห์และยกร่างแนวปฏิบัติ (Design) ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันนำผลการวิเคราะห์ปัญหา (Problem Analysis) มากำหนดกรอบแนวคิดในการแก้ปัญหา โดยมุ่งเน้นการปิดช่องว่างของระบบบริการเดิม (Service Gaps) และได้จัดทำร่างแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพลับพลาชัย (Plubplachai PMTCT Guideline) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญที่ได้รับการพัฒนาขึ้นใหม่ 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การปรับปรุงระบบคัดกรอง (Screening System) พัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงรายบุคคลที่รัดกุมขึ้น โดยเพิ่มประเด็นการซักประวัติเรื่องการย้ายถิ่นและการมีคู่ผลเลือดต่าง เพื่อให้สามารถค้นหากลุ่มเสี่ยงได้ครอบคลุม

2. ระบบช่องทางด่วน (Fast Track Service) กำหนดแนวทาง “Same Day ART” สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบเชื้อ เพื่อให้ได้รับยาต้านไวรัสทันทีภายในวันที่ทราบผล ลดขั้นตอนการรอคอย เพื่อกดปริมาณไวรัสให้เร็วที่สุด

3. การบูรณาการทีมสหวิชาชีพ จัดทำผังกำกับการเดินงาน (Flow chart) ที่ระบุบทบาทหน้าที่ชัดเจนระหว่าง งานฝากครรภ์ (ANC), ห้องคลอด (LR), งานเภสัชกรรม และคลินิกให้คำปรึกษา เพื่อลดความซ้ำซ้อนและป้องกันการตกหล่นของข้อมูล

4. การเสริมสร้างพลังใจและทักษะสังคม บรรจุแนวทางการให้คำปรึกษาเรื่องการเปิดเผยผลเลือดต่อคู่สมรส เป็นมาตรฐานการดูแล เพื่อลดความขัดแย้งในครอบครัวและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

5. ระบบติดตามต่อเนื่อง พัฒนาแบบบันทึกการติดตามดูแลแม่และเด็กที่เชื่อมโยงข้อมูลถึงกัน

และกำหนดเกณฑ์การติดตามเยี่ยมบ้านกรณีขาดนัดเกิน 3 วัน

2.2 ผลการพัฒนาศักยภาพทีมและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Development) หลังจากได้ร่างแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพจำนวน 10 คน เพื่อชี้แจงแนวทาง สร้างความเข้าใจและฝึกทักษะการใช้เครื่องมือ ผลการดำเนินงานพบว่า

1. ความเหมาะสมของเนื้อหา ที่ประชุมได้ร่วมกันวิพากษ์และปรับปรุงร่างแนวปฏิบัติ โดยมีความเห็นพ้องกันว่า เนื้อหามีความสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติระดับประเทศ (National Guideline) แต่มีการปรับรายละเอียดขั้นตอนการส่งต่อภายในโรงพยาบาลให้ยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทหน้างานจริงมากขึ้น

2. ความพร้อมของบุคลากร ผลจากการอบรมเชิงปฏิบัติการ พบว่า บุคลากรมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ใหม่ที่ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มยา และการดูแลทารกแรกเกิดจากมารดาติดเชื้อ ซึ่งเดิมเป็นจุดอ่อนที่บุคลากรยังขาดความมั่นใจ

3. เครื่องมือสนับสนุน ได้มีการจัดทำคู่มือการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และสื่อแผ่นพับความรู้ ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารกับผู้ป่วย ทำให้ข้อมูลที่สื่อสารเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งทีม

สรุปผลในระยะนี้ ได้แนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ (Content Validity) และบุคลากรมีความพร้อมในการนำไปทดลองใช้ในระยะต่อไป

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปทดลองใช้ (Implementation)

ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่พัฒนาขึ้น (Plubplachai Model) ไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง ณ คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด คลินิกเอชไอวี และงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพลับพลาชัย ตามระยะเวลาที่กำหนด โดยมีผลการดำเนินงานดังนี้

3.1 ผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติ จากการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย พบว่าการดำเนินงานมีความเป็นระบบและคล่องตัวมากขึ้น โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

1. การเชื่อมต่อบริการ ระบบการส่งต่อระหว่างคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเอชไอวีมีความรวดเร็วขึ้น โดยใช้ “ใบส่งต่อแบบ Fast Track” ที่พัฒนาขึ้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบเชื้อได้รับคิวการตรวจยืนยันและประเมินความพร้อมเพื่อเริ่มยาได้ภายในวันเดียวกัน (Same Day Service) ลดระยะเวลาการรอคอยจากเดิมที่ต้องนัดหมายข้ามวัน

2. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practice) พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแผนภูมิการไหล (Flow Chart) ได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะขั้นตอนการซักประวัติคัดกรองความเสี่ยงซ้ำในไตรมาสที่ 3 และก่อนคลอด ซึ่งเป็นจุดที่เคยถูกละเลยในอดีต ทำให้มั่นใจได้ว่าไม่มีผู้ป่วยตกหล่น

3. การสื่อสารในทีม (Team Communication) การใช้ “สมุดประจำตัวผู้ป่วย” และ “แบบบันทึกการดูแลต่อเนื่อง” ช่วยให้ข้อมูลการรักษา การทานยา และผลเลือด (Viral Load) ถูกส่งต่อถึงกันอย่างครบถ้วน แพทย์และเภสัชกรสามารถตัดสินใจปรับแผนการรักษาได้ทันท่วงทีเมื่อพบปัญหา

3.2 ผลการนิเทศและติดตามผล ผู้วิจัยได้ดำเนินการนิเทศติดตามและให้คำปรึกษาแก่ทีมสหวิชาชีพในระหว่างการทดลองใช้ ผ่านเวทีการประชุมปรึกษาหารือรายกรณี (Case Conference) และการนิเทศหน้างาน (On-the-job Training) พบประเด็นสำคัญดังนี้

1. การปฏิบัติตามแนวทาง ในระยะแรกของการนำไปใช้ พบปัญหาเรื่องความไม่คุ้นเคยกับการเขียนแบบบันทึกใหม่ ผู้วิจัยจึงได้ให้คำแนะนำและชี้แจงทำความเข้าใจเพิ่มเติม ส่งผลให้ในระยะต่อมาบุคลากรสามารถบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนและถูกต้อง

2. การแก้ปัญหาหน้างาน พบกรณีศึกษาที่มีความซับซ้อน เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจและไม่กล้าบอกสามี ทีมงานได้ใช้แนวปฏิบัติในส่วนของการให้คำปรึกษาทางจิตสังคม เข้ามาช่วย โดยมีการทำงานร่วมกับนักจิตวิทยาในการเตรียมความพร้อมจนผู้ป่วยสามารถเปิดเผยผลเลือดได้สำเร็จ แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติมีความยืดหยุ่นและใช้ได้จริง

3. บรรยากาศการทำงาน การนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะพยาบาลรุ่นใหม่ที่ได้รับคำปรึกษาทันทีเมื่อเกิดข้อสงสัย ทำให้ลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

ระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบ (Evaluation)

ในระยะนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (Plubplachai PMTCT Model) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองใช้จากกลุ่มตัวอย่างบุคลากรและผู้รับบริการ พร้อมทั้งจัดเวทีถอดบทเรียน (AAR) สรุปผลได้ดังนี้

4.1 ผลการประเมินความรู้ของบุคลากร จากการทดสอบความรู้บุคลากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน โดยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (จำนวน 20 ข้อ) เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าคู่มือและแนวปฏิบัติช่วยเสริมสร้างความแม่นยำในเนื้อหาทางวิชาการให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ (n=20)

ระยะการประเมิน	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	20	12.35	2.10	-15.42*	< .001
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	20	18.45	1.05		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

4.2 ผลการประเมินความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติ จากการสอบถามความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพที่มีต่อคุณภาพของแนวปฏิบัติ (ตามแบบประเมิน 20 ข้อ) พบว่า โดยภาพรวมบุคลากรมีความคิดเห็นอยู่ในระดับ เห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.65, S.D. = 0.45) เมื่อพิจารณารายข้อ พบประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ มีการระบุบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในแนวปฏิบัติอย่างชัดเจน ($\bar{x}$ = 4.75) แนวปฏิบัติช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{x}$ = 4.70) แนวปฏิบัติมีขั้นตอนที่สามารถปฏิบัติได้จริงในหน้างาน ($\bar{x}$ = 4.68)

4.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ (ตามแบบประเมิน 10 ข้อ) พบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติมาใช้ในงานประจำ ในระดับ มากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.72, S.D. = 0.38) โดยให้เหตุผลว่าแนวปฏิบัติช่วยลดความซ้ำซ้อนของงานเอกสาร และช่วยให้การประสานงานระหว่างแผนก (ANC, ห้องคลอด, เภสัชกรรม) มีความราบรื่นขึ้น ลดข้อผิดพลาดในการส่งต่อข้อมูล

4.4 ผลการถอดบทเรียน (After Action Review: AAR) และข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการจัดเวทีถอดบทเรียนร่วมกับทีมสหวิชาชีพและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับบริการ สรุปประเด็นความสำเร็จและสิ่งที่ต้องพัฒนาต่อได้ดังนี้

1) ปัจจัยความสำเร็จ (Success Factors)

- ระบบช่องทางด่วน (Fast Track) ที่เป็นรูปธรรม จากเดิมที่ผู้ป่วยต้องรอคิวรวมกับผู้ป่วยทั่วไป แนวปฏิบัติใหม่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาต้านไวรัสภายในวันที่ทราบผล (Same Day ART) ซึ่งเจ้าหน้าที่ห้องยาและคลินิกเอชไอวีสะท้อนว่า

“ระบบนี้ช่วยให้เรามั่นใจว่าคนไข้ได้รับยาเร็วที่สุด ซึ่งสำคัญมากในการกดเชื้อไวรัสเพื่อป้องกันลูก”

- การลดการตีตราผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการให้ข้อมูลว่า *“รู้สึกอุ่นใจที่พยาบาลให้คำแนะนำเรื่องการบอกสามี และมีการเชิญสามีมาตรวจเลือดแบบเป็นส่วนตัว ทำให้ไม่ต้องแบกรับความลับไว้คนเดียว”*

- ความชัดเจนของ Flow Chart พยาบาลห้องคลอดระบุว่า *“เมื่อก่อนเวลาเจอเคสฉุกเฉินจะสับสนเรื่องการให้ยาเด็ก แต่พอมีแนวปฏิบัติที่แปะไว้หน้างาน ทำให้รู้ทันทีว่าต้องให้ยา Nevirapine syrup ขนาดเท่าไหร่ นานกี่สัปดาห์ ลดความผิดพลาดได้มาก”*

2) ปัญหาและอุปสรรคที่ยังคงอยู่

- ภาระงานเอกสาร แม้ระบบจะดีขึ้น แต่ยังมีความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูลในบางจุดระหว่างเวชระเบียนกระดาษและระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งทีมเสนอแนะให้พัฒนาระบบแจ้งเตือนผ่านโปรแกรมโรงพยาบาลในอนาคต

- การติดตามระยะยาว ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการย้ายถิ่นฐานบ่อย การติดตามให้มารับยาต่อเนื่องยังทำได้ยาก จำเป็นต้องประสานงานกับเครือข่ายโรงพยาบาลใกล้เคียงให้เข้มข้นขึ้น

3) ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes) จากการทดลองใช้แนวปฏิบัติในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในโครงการ ทุกคน (ร้อยละ 100) ได้รับยาต้านไวรัสครบถ้วนตามเกณฑ์ และ ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด (0 ราย) ซึ่งถือว่าบรรลุเป้าหมายสูงสุดของการดำเนินงาน

โดยสรุป แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลพลับพลาชัย สามารถช่วยแก้ปัญหาความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ และสร้างความมั่นใจให้กับทีมผู้รักษา ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลแม่และเด็กเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โรงพยาบาลพลับพลาชัย ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. ประเด็นสถานการณ์และปัญหาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จากการวิเคราะห์สถานการณ์ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2563–2567) พบอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในทารก จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.33 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้ต่ำกว่าร้อยละ 1 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2563) โดยปัจจัยความล้มเหลวที่พบจากการศึกษาครั้งนี้คือ การขาดความต่อเนื่องในการฝากครรภ์ (No ANC) และการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากปัญหาการย้ายถิ่นฐานและการปกปิดสถานะการติดเชื้อต่อสามี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรวรรณ เลิศไชยพานนท์[9] ที่พบว่าสาเหตุสำคัญของการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกเกิดจากการที่มารดากินยาไม่สม่ำเสมอและการขาดการติดตามการรักษา นอกจากนี้ ปัญหาความล่าช้าในการเข้าถึงบริการยังเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ระดับปริมาณไวรัส (Viral Load) ในเลือดไม่ลดลงอยู่ในระดับที่ปลอดภัยก่อนการคลอด สะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการแบบตั้งรับ (Passive) เดิม ไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางและมีวิถีชีวิตซับซ้อนได้ จำเป็นต้องมีระบบการค้นหาและติดตามเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ประเด็นการพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการดูแล (ADDIE Model) การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดการออกแบบระบบการเรียนรู้ ADDIE Model ของ Kevin D. Kruse มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบในการพัฒนา ซึ่งช่วยให้ทีมสหวิชาชีพสามารถวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริงและออกแบบแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ที่ตอบสนองต่อบริบทพื้นที่ได้อย่างตรงจุด โดยจุดเด่นของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ ระบบช่องทางด่วน (Fast Track) และการเริ่มยาต้านไวรัสทันที (Same Day ART) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าช่วยลดระยะเวลารอคอยและทำให้

ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้รวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับแนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาขององค์การอนามัยโลก[7] ที่แนะนำให้เริ่มยาต้านไวรัสให้เร็วที่สุดเพื่อลดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด

นอกจากนี้ การเพิ่มกระบวนการการให้คำปรึกษาทางจิตสังคม เพื่อเตรียมความพร้อมเรื่องการเปิดเผยผลเลือดต่อคู่สมรส (Disclosure counseling) ในแนวปฏิบัติฉบับใหม่ ยังช่วยแก้ปัญหาเรื่องการปกปิดข้อมูลและการขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดของ บูรชัย ศิริมหาสาคร[10] เรื่องการจัดการความรู้สู่การปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ที่ต้องอาศัยกระบวนการจัดการทั้งภายใน (ระบบบริการ) และภายนอก (ครอบครัวและชุมชน) เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

3. ประเด็นประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ ผลการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ พบว่า ไม่มีทารกติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (0 ราย) ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติใหม่ คิดเป็นอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกร้อยละ 0 ซึ่งบรรลุตามเป้าหมายยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์[11] ความสำเร็จนี้เกิดจากบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติที่มีความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ (Role Clarity) ช่วยให้การประสานงานระหว่างคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด และงานเภสัชกรรม เป็นไปอย่างราบรื่น ลดช่องว่าง (Gap) ในการส่งต่อข้อมูล ทำให้สามารถติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องจนระดับ Viral Load ต่ำกว่า 50 copies/ml ได้สำเร็จ ซึ่งยืนยันได้ว่าการมีแนวปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรและผ่านการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม ช่วยยกระดับคุณภาพการบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) รูปแบบการดูแลแบบ “Plubplachai Model” ที่เน้นระบบช่องทางด่วน (Fast Track) และการเริ่มยาต้านไวรัสภายในวันเดียว (Same Day ART) นี้ ได้พิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในทารก จึงควรนำกลไกการทำงานแบบสหวิชาชีพนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส หรือกลุ่มครรภ์เสี่ยงสูงที่ต้องการการตัดสินใจที่รวดเร็ว

2) เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและยั่งยืน คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและทีมนำทางคลินิก ควรพิจารณานำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้บรรจุเข้าเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานประจำ (Routine Practice) หรือมาตรฐานงานคุณภาพของโรงพยาบาล เพื่อให้มีระบบการกำกับติดตามที่ชัดเจน โดยไม่ต้องพึ่งพาตัวบุคคลหรือผู้วิจัยเพียงอย่างเดียว และเพื่อให้บุคลากรใหม่สามารถปฏิบัติตามได้ทันที

3) ควรส่งเสริมให้กระบวนการให้คำปรึกษาคู่สมรสและครอบครัวมีความเข้มข้นขึ้น โดยอาจมีการยกย่องหรือเสริมพลัง (Empowerment) ให้กับครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อ เพื่อสร้างแรงจูงใจเชิงบวกและลดการตีตราทางสังคม ควบคู่ไปกับการให้ความรู้เรื่องการอยู่ร่วมกันอย่างปลอดภัย

4) ควรผลักดันให้มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อเป็นศูนย์กลางในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานภายใน (คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด เภสัชกรรม และคลินิกเอชไอวี) แบบ Real-time data sharing เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูลและแก้ปัญหาความคลาดเคลื่อนในการส่งต่อข้อมูล ซึ่งจะช่วยให้ทุกฝ่ายเห็นสถานการณ์การรักษาที่เป็นปัจจุบันที่สุด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ระยะยาวภายหลังสิ้นสุดโครงการ 1-2 ปี หรือจนกว่าเด็กจะมีอายุครบ 18 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของมารดา และยืนยันผลการติดเชื้อในทารกที่แน่นอนเมื่อสิ้นสุดกระบวนการดูแล ว่าระบบที่วางไว้ยังคงมีประสิทธิภาพหรือไม่เมื่อเข้าสู่สถานการณ์ปกติ

2) ควรวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาเจาะลึกถึงบริบทของกลุ่มประชากรย้ายถิ่น/แรงงานข้ามพื้นที่ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาการขาดนัดและการเข้าถึงบริการล่าช้า เพื่อออกแบบนวัตกรรมหรือมาตรการเชิงรุกที่จำเพาะเจาะจงกับวิถีชีวิตของกลุ่มนี้

3) ควรทำการวิจัยเพื่อขยายผลสู่เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานและค้นหาปัจจัยความสำเร็จในการส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนเข้าสู่ระบบ Fast Track ของโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างเครือข่ายการดูแลที่ไร้รอยต่อในระดับอำเภอ

เอกสารอ้างอิง

1.AIDS Data Hub. (2023). Thailand country profile. Retrieved September 24, 2024, from https://www.aidsdatahub.org/country-profiles/thailand

2.UNICEF. (2023). Eliminating mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV. Retrieved September 24, 2024, from https://data.unicef.org/topic/hivaids/emtct

3.World Health Organization. (2016). Thailand is first country in Asia to eliminate mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Retrieved September 24, 2024, from https://www.who.int/southeastasia/news/detail/07-06-2016

4.คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. (2560). ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573. กรุงเทพฯ: เอ็นซี คอนเซ็ปต์.

5.โรงพยาบาลพลับพลาชัย. (2567). ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี ปี 2563–2567 [เอกสารอัดสำเนา]. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลพลับพลาชัย.

6.Kruse, K. D. (2004). Introduction to Instructional Design and the ADDIE Model. Retrieved December 23, 2024, from https://www.kevinkruse.com/addie-model/

7.World Health Organization. (2023). Mother-to-child transmission of HIV. Retrieved September 24, 2024, from https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/prevention/mother-to-child-transmission-of-hiv

8.Likert, R. (1961). New pattern of management. New York: McGraw-Hill.

9.ภัทรวรรณ เลิศไชยพานนท์. (2564). อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในโรงพยาบาลบางสะพานในรอบสิบปีที่ผ่านมา. วารสารแพทย์เขต 4-5, 40(4), 539-547.

10.บูรชัย ศิริมหาสาคร. (2548). การจัดการความรู้สู่องค์กรอัจฉริยะ BEST PRACTICE. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาผู้บริหารการศึกษา.

11.คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. (2560). ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573. กรุงเทพฯ: เอ็นซี คอนเซ็ปต์.

12.กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2563). แนวทางการตรวจวินิจฉัยและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2563/2564. อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

13.นิพนธ์ ฐานะพันธุ์. (2560). ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการของภาครัฐ: กรณีศึกษาการให้บริการของโรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 7(1), 201–214.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

Development of a Model for Continuing Palliative Care from hospital to community Pra Arjanfan Arjaro Hospital.

(Received: January 26,2026 ; Revised: February 13,2026 ; Accepted: February 22,2026)

พนารัตน์ เฒ่าอุดม[1] พีรภรณ์ โสมี[2] ณัฐกฤตา วงศ์ละคร[1]
Panarat Thaoudom[1] Peerapron Somee[1] Nuttagritta Wonglakorm[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัย Palliative และส่งกลับชุมชน จำนวน 42 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ที่พัฒนาขึ้น 2) แบบรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ที่ส่งกลับชุมชน 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย Palliative /ผู้ดูแล 4) แบบประเมินความพึงพอใจทีมสหสาขาวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์ความแตกต่างก่อนหลังการพัฒนารูปแบบด้วย Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วย Palliative ได้รับการประเมิน PPS ESAS และได้รับจัดการอาการรบกวน เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 2) ผลการทำ Advance Care Plan ระหว่างการติดตามเยี่ยมในชุมชน พบว่าหลังการใช้รูปแบบฯผู้ป่วย Palliative เลือกเสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 3) ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ในระดับมาก 4) ทีมสหสาขาวิชาชีพความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ในระดับมาก

คำสำคัญ : 1. การดูแลแบบประคับประคอง 2. ผู้ป่วยในระยะท้าย 3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

Abstract

This research was Research and Development of aimed to Development of a Model for Continuing Palliative Care from hospital to community Pra Arjanfan Arjaro Hospital. The Sample were 42 End-of-life patient and Multidisciplinary team. Research Instrument by 1) Model for Continuing Palliative Care from hospital to community 2) The Patient Care Data Collection Form 3) The Questionnair of Patient Satisfaction 4 The Questionnair of Multidisciplinary Team Satisfaction. Data were analyzed by frequenzy, mean , standard deviation , content analysis and Independent t-test.

The result were show 1) Following the implementation of the palliative care model, there was a statistically significant increase ($p<.05$) in the assessment of patients using PPS and ESAS, as well as in the management of disturbing symptoms 2) The results showed that after implementing the Advance Care Planning (ACP) model during community home visits, palliative care patients significantly chose to die at home, ($p<.05$). 3) Patients and their families reported a high level of satisfaction with the mode 4) The multidisciplinary team reported a high level of satisfaction with the model.

Key words: 1. Palliative Care 2. End-of-life patient 3. Palliative Care Model

[1] พย.ม โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร
[2] พย.บ.โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

บทนำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การทำงานของอวัยวะสำคัญในการดำรงชีวิตจะทรุดลงไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด ถึงแม้ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์จะมีความเจริญก้าวหน้าทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตหรือยืดชีวิตออกไปมากขึ้น แต่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะพบการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดกระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูกและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เช่น สภาพความเป็นอยู่ สัมพันธภาพในครอบครัว ระบบการให้คุณค่าความเชื่อ ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคล ดังนั้นการดูแลเพื่อตอบสนองความ ต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ความเป็นจริงและสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ นิลวรรณ นิมมานวรวงศ์[1] กล่าวว่าการดูแลแบบประคับประคอง หรือ Palliative Care คือ การดูแลที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลควบคู่กับการรักษาหลักที่มุ่งหวังกำจัดตัวโรค การดูแลแบบประคับประคองจะคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วยเสมอ เป้าหมายคือการให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การทำความตกลงเรื่องแผนการดูแลล่วงหน้าจึงเป็นกระบวนการของการปรึกษาหารือระหว่างผู้ป่วย ญาติและทีมผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายให้การดูแลที่จะเกิดขึ้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วยให้มากที่สุด แต่พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากมีความต้องการที่จะกลับไปใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายที่บ้าน และญาติมักจะไม่เห็นด้วยเนื่องจากไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้ดีเท่าที่โรงพยาบาลอีกทั้งหากเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินจะไม่สามารถควบคุมได้ทันเพราะห่างไกลแพทย์ ดังนั้น การเตรียมผู้ป่วยและญาติให้สามารถกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านจึงมีความสำคัญในการลดความวิตกกังวลของญาติทั้งการเตรียมสถานที่ในบ้านเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วย มีระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะๆเพื่อตรวจรักษาอาการและให้คำปรึกษาต่างๆ และระบบการติดต่อกับโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดหนัก การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจึงต้องดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีพยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยเป็นผู้ประสานงานในทีมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและการเชื่อมต่อข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการได้ง่าย รวดเร็วและครอบคลุม การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองจึงเป็นความท้าทายของวิชาชีพพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่บนความเป็นจริง และสามารถเผชิญความตายที่จะมาถึงในระยะอันใกล้ได้อย่างสงบ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 40-60 เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 38.50 โรคมะเร็งร้อยละ 34 โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 10.30 โรคเอดส์ร้อยละ 5 โรคเบาหวานร้อยละ 4.60 (World Health Organization,2016) สำหรับโรงพยาบาลพระ

อาจารย์ฝั้น อาจาโร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขนาด 90 เตียง มีสถิติผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2565-2567 ใน 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) มะเร็งและเนื้องอก 2) อุบัติเหตุ 3) Sepsis [2] จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งและเนื้องอกเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะระยะท้ายของชีวิตที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินโรค ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน มีภาวะซึมเศร้า ญาติมีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้ความรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ทั้งผู้ป่วยและญาติจึงต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมานานมากกว่า 10 ปี พบว่าโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยพยาบาลวิชาชีพเป็นแนวทางเดียวกัน สามารถส่งต่อข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตดีและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
4. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัย Palliative และส่งกลับชุมชน จำนวน 42 ราย ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ระยะเวลาการศึกษา ธันวาคม 2567 – กันยายน 2568

การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G* Power ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสถิติ dependent t-test มีขั้นตอนการใช้โปรแกรม ตามที่ นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ และคณะ[3]เสนอไว้คือ เลือก Test Family เป็น t-test, statistical test เป็น Mean Difference between two Independent Means (Two Group) และ Type of power analysis เป็น A priori: Compute required sample size – given α, power and effect size กำหนดค่า effect size ขนาดใหญ่ เท่ากับ 0.80 ค่า p-value เท่ากับ 0.05 และ Power (1-β) เท่ากับ 0.80 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 42 ราย แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้รูปแบบ 21 ราย และหลังการใช้รูปแบบ 21 ราย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) 1) ผู้ป่วย Palliative ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร และแพทย์ให้จำหน่ายกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้รับการ

เยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านโดยพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย Palliative 1 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) 1) บุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ไม่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 2) ผู้ป่วยไม่มีญาติ/ผู้ดูแล ซึ่งไม่สามารถจำหน่ายให้กลับบ้านได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ทฤษฎีระบบ (System Theory) คือระบบเปิดที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลาเพื่อนำปัจจัยนำเข้ามาแปรสภาพให้เกิดผลผลิตใหม่เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร แล้วส่งข้อมูลออกไปยังสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบหลักของทฤษฎีระบบจึงประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ประกอบด้วย

1.1 การศึกษาสภาพปัญหา และวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

1.2 สร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

1.3 นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

1.4 ศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

1.5 ทบทวน/ปรับปรุง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ทุกครั้งหลังดูแลผู้ป่วย

1.6 นำผลการทบทวน/ปรับปรุง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ไปใช้กับผู้ป่วยรายต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วย Palliative ที่ส่งกลับชุมชน ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ อาชีพ โรคที่เป็นแพทย์วินิจฉัยให้เป็น Palliative จำนวนผู้ดูแลในครอบครัว ผลการประเมิน PPS Score, ESAS ก่อนออกจากโรงพยาบาลและผลการติดตามเยี่ยมที่บ้าน 2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย Palliative /ผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้น วัดระดับความคิดเห็น 5 ระดับ (rating scale) [4]

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ที่พัฒนาขึ้น วัดระดับ ความคิดเห็น 5 ระดับ (rating scale) [4] ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก

คะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

คะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลผลตามช่วงคะแนนค่าเฉลี่ยไว้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง เห็นด้วยมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย Palliative Care จำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ได้ค่าดัชนีความตรงตาม

เนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของแบบรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วย Palliative เท่ากับ 0.92, แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย/ผู้แล เท่ากับ 0.94 แบบประเมินความพึงพอใจทีมสหสาขาวิชาชีพ เท่ากับ 0.88 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วย Palliative Care มาตรวจสอบความเชื่อมั่นของการบันทึกโดยการหาความตรงของการบันทึก (Inter-Rater Reliability) ระหว่างผู้บันทึก 2 คน คือผู้วิจัยกับพยาบาลที่เชี่ยวชาญการปฏิบัติ ทำการบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย Palliative Care จำนวน 5 ราย แล้วใช้สูตรคำนวณจำนวนการบันทึกที่ตรงกันและหารด้วยผลบวกของการบันทึกที่ตรงกัน กับจำนวนการบันทึกที่ต่างกัน[5] พบว่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 นำแบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย Palliative/ผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจทีมสหสาขาวิชาชีพไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วย Palliative ในพื้นที่ใกล้เคียงจำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาคของแบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย Palliative Care /ผู้แล เท่ากับ 0.86 และ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาคของแบบประเมินความพึงพอใจทีมสหสาขาวิชาชีพ เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร และพื้นที่อำเภอพรรณานิคม โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวมรวมข้อมูลดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร สถิติโรงพยาบาล การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Palliative รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบฟอร์มเก็บข้อมูลการดูแล Palliative โดยพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้วยการไม่ระบุชื่อผู้ป่วย

3. เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม จากการสนทนากลุ่มและการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการรักษาความลับของข้อมูลทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการของทุกคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของการดูแลผู้ป่วย Palliative โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลการดูแลผู้ป่วย Palliative ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ ด้วย Independent t-test

การวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพเครื่องมือที่ใช้วิจัยด้วย ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Analysis) และค่า Reliability ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค และความตรงของการบันทึก (Inter-Rater Reliability)

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

ครั้งที่ 1 นำร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนไปใช้ แล้วพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 40.52 ไม่ได้รับการประเมิน PPS และ ESAS ก่อนออกจากโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการดูแลที่ชุมชน มีการประเมิน ESAS ที่บ้านร้อยละ 57.14 ประเมิน PPS ร้อยละ 71.4 ทำให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยได้นำปัญหาดังกล่าวมาประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการพัฒนาปรับปรุง โดยบันทึกผลการประเมิน PPS และ ESAS ก่อนออกจากโรงพยาบาลใน Progress Note ด้วยปากกาสีแดง เพื่อส่งต่อข้อมูลในทีมสหสาขาวิชาชีพก่อน

จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และนำส่งมูลดังกล่าวให้ชุมชนต่อไป

ครั้งที่ 2 นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 ราย ผลการดำเนินงานได้ผลลัพธ์ตามประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

2. ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอายุเฉลี่ย 63.52 ปี ผลการวินิจฉัยโรค อันดับ 1 กลุ่มโรคมะเร็ง (76.20 %) อันดับ 2 กลุ่ม COPD (13.80 %) อันดับ 3 ESRD (10.00%)

2.2 ข้อมูลผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร เปรียบเทียบความแตกต่างด้วย Independent t-test

ข้อมูล	ก่อนใช้รูปแบบฯ(n=21)		หลังใช้รูปแบบฯ (n=21)		t-test	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. การประเมิน PPS					3.508*	.000*
PPS = 0 - 30 %	4	14.30	9	42.85		
PPS = 40 - 60 %	6	28.60	12	57.14		
PPS = 70 - 100 %	2	9.52	0	0		
ไม่ได้ประเมิน	9	28.60	0	0		
2. ประเมิน ESAS	12	57.14	21	100	5.701*	.000*
ไม่ได้ประเมิน	9	42.85	0	0		
3. การจัดการอาการรบกวน						
ได้รับ Home O2	1	4.76	13	61.90	1.416*	.001*
ได้รับยาแก้ปวด	8	38.09	14	66.67	.000*	.057*
ใส่ NG	2	9.52	1	4.76	-1.177*	.017*
ไม่ต้องการ O2/ยาแก้ปวด	13	61.90	7	33.33	-	-
4. การทำ Advance Care Plan	17	81.10	21	100.00	2.169*	.000*
4. การเสียชีวิต					-2.794*	.000*
โรงพยาบาล	2	16.67	0	0		
บ้าน	10	83.33	8	100.00		
ยังไม่เสียชีวิต	9	42.90	13	61.90		
5. จำนวนครั้งการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน	$\bar{x}$ = 1.30 S.D=0.28		$\bar{x}$ = 3.54 S.D=0.77		-3.005*	.000*

P-value<.05

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร เปรียบเทียบความแตกต่างด้วย Independent t-test พบว่าหลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยได้รับการ

ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้แก่ การประเมิน PPS EASA การจัดการรบกวน (การได้รับ Home O2 ยาแก้ปวด) การทำ Advance Care Plan การติดตามเยี่ยมในชุมชน และการเสี่ยชีวิตในสถานที่ผู้ป่วยต้องการคือ บ้าน มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3. ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน พบว่าในภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับมาก

4. ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น พบว่าในภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โดยการศึกษาทบทวนเอกสารทางวิชาการ และการประชุมระดมสมองทีมสหสาขาวิชาชีพงานดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ได้รูปแบบที่เป็นระบบ มีความชัดเจน เมื่อนำไปใช้ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (ก่อนใช้รูปแบบฯมีค่าเฉลี่ยการติดตามเยี่ยม 1.30 ครั้ง หลังใช้รูปแบบฯมีค่าเฉลี่ยการติดตามเยี่ยม 3.54 ครั้ง) และผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการจัดการอาการรบกวนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยหลังใช้รูปแบบฯผู้ป่วยได้รับ Home O2 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.76 เป็นร้อยละ 61.90 ได้รับยาแก้ปวดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.09 เป็นร้อยละ 66.67 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกเนตร แก้ววันทา [6] ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลปากคาด จังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า ผลของการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ของบุคลากรหลังพัฒนามีการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมในระดับสูงมากกว่าก่อนพัฒนาเพิ่มจากร้อยละ 86.7 เป็นร้อยละ 100.0 ประสิทธิผลของผู้ดูแลด้านการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ ระดับความเชื่อและการปฏิบัติหลังพัฒนาโดยรวมมีคะแนนอยู่ในระดับสูง เพิ่มจากร้อยละ 26.7 เป็น 83.3 ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังพัฒนามีระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับอาการหนัก ร้อยละ 63.3 และมีอาการทรงตัว ร้อยละ 36.7 ตามลำดับ จุฬารัตน์ สุริยาทัย และคณะ[7] ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน พบว่าหลังการใช้รูปแบบฯ ผลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดีขึ้นกว่าก่อนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ความพึงพอใจโดยรวมร้อยละ 90.85 สรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองของเครือข่ายชุมชนสุขภาพทำให้ผู้ป่วยได้รับผลเชิงบวกเพิ่มขึ้น และมีประโยชน์ต่อการรองรับ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว วรัญญา จิตรบรรทัด และ มิ่งขวัญ เกตุกำพล[8] ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน โดย 1) เตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย วิธีการประเมินผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล การฝึกทักษะการจัดการอาการไม่สุขสบาย การให้การดูแลตามสภาพโรค การประสานงาน และ การประเมินผล 2) การดำเนินการเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ จำนวน

4 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value <0.000) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับมากที่สุด และความทุกข์ทรมานจากอาการลดลงในทุกอาการ

2. ผลจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร ทำให้มีการประเมิน PPS เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.42 เป็นร้อยละ 100 และ ESAS เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.14 เป็นร้อยละ 100 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการรบกวนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา อัคนีวุธ วงค์ชมภู[9] ศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนพื้นที่อำเภอปลาปาก พบว่าหลังจากใช้รูปแบบฯ และประเมินคะแนน Palliative care Performance Scale(PPS) ,Palliative care outcome scale (POS) คะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) เช่น ปวด ง่วงซึม เหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ซึมเศร้า วิตกกังวล เบื่ออาหาร เหนื่อยหอบ ลดลงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 แสดงให้เห็นว่าการมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กฤษณา นิลบดี[10] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตระดับดีร้อยละ 40 ระดับกลางร้อยละ 60 มารยาท สุจริตวรกุล[11] ศึกษาผลของการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและ ผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชลบุรี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.1 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 10.9 โดยคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหลังการได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งหมายถึงผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับเยี่ยมบ้านหรือการดูแลจากชุมชนอย่างต่อเนื่อง ได้รับการตอบสนองด้านการจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ลดความทุกข์ทรมานจากโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ทีมสหสาขาวิชาชีพควรทบทวนผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนทุก 1 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

3. ควรเผยแพร่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร ไปสู่โรงพยาบาลในระดับอื่นๆเพื่อให้มีคุณภาพการพยาบาลเท่าเทียมกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลการใช้เทคโนโลยีหรือระบบ AI เพื่อช่วยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนได้ง่ายขึ้น เช่น ระบบการส่งผลการประเมิน ESAS หรือวิดีโอ ให้พยาบาลทีมดูแลแบบประคับประคองสามารถติดตามเยี่ยมผู้ป่วยผ่านระบบได้ตลอด 24 ชั่วโมง

เอกสารอ้างอิง

1. นิลวรรณ นิมมานวรวงศ์. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว. 2563. เข้าถึงได้จาก https://www.phyathai.com/th/article
2. ข้อมูลผู้ป่วย Palliative โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร; 2567.
3. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรีพร สาตร์เพ็ชร และ ญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER SAMPLE SIZE CALCULATION USING G*POWER PROGRAM. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2560;5(1):498-507.
4. บุญชม ศรีสะอาด.การวิจัยเบื้องต้น ฉบับปรับปรุงใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 10. บริษัท สุวีริยาสาส์น จำกัด. 2560.
5. Polit, D. F., & Hungler, B. P. Nursing Research Principles and Methods. Philadelphia:Lippincott. 1999.
6. กนกเนตร แก้ววันทา. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โรงพยาบาลปากคาด จังหวัดบึงกาฬ. 2566. เข้าถึงได้จากhttps://bkpho.moph.go.th/
7. จุฬารัตน์ สุริยาทัย, ณัฐกฤตา ไชยสลี, ชลิดา ธนะขว้าง, ศิริลักษณ์ พันธุ์แก้ว, ภภัสสร รัชตโสตถิ์ และ ปิยวัฒน์ รัตนพันธ์. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(3):450-460.
8. วรัญญา จิตรบรรทัด และ มิ่งขวัญ เกตุกำพล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2565;9(12):155-170.
9. อัคนีวุธ วงค์ชมภู. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนพื้นที่อำเภอปลาปาก. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. 2567;2(2):1-19.
10. กฤษณา นิลบดี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่. 2565. เข้าถึงได้จาก https://www.chiangmaihealth.go.th
11. มารยาท สุจริตวรกุล. ผลของการใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2563;44(2):97-108.

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง และประสบการณ์ที่ได้รับของอาจารย์และนักศึกษาที่มีต่อกระบวนการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

A study of the relationship between expectations and experiences of teachers and students towards the internal quality assurance process of the Faculty of Nursing, North Bangkok University.

(Received: January 28,2026 ; Revised: January 31,2026 ; Accepted: February 13,2026)

อาภากร เปรี้ยวนิ่ม[1] ศิริพรรณ บุดดา[2] สุธิดา ประมูล[2] ชุติมณฑน์ มีมาก[2] ปพิชญา สุพรรณ์[2]
Arpakorn Prewnim[1] Siripan Budda[2] Suthida Pramun[2] Chutimon Meemak[2]
Phapitchaya Suphan [2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังและประสบการณ์ที่ได้รับของอาจารย์และนักศึกษาต่อกระบวนการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังกับประสบการณ์ที่ได้รับจริง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณด้วยการสำรวจตามกรอบแนวคิด Gap Model of Service Quality กลุ่มตัวอย่างคือ อาจารย์จำนวน 12 คน และนักศึกษาจำนวน 293 คน ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัยพบว่า 1) อาจารย์มีความคาดหวังและประสบการณ์ที่ได้รับในระดับมากที่สุด (M = 4.60 และ 4.46 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับนักศึกษาที่มีความคาดหวังและประสบการณ์ในระดับมากถึงมากที่สุด (M = 4.30 และ 4.35 ตามลำดับ) โดยด้านหลักสูตรและการเรียนการสอนมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในทั้งสองกลุ่ม อย่างไรก็ตาม พบว่าค่าเฉลี่ยของประสบการณ์ที่ได้รับโดยรวมต่ำกว่าความคาดหวังเพียงเล็กน้อย 2) ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ความคาดหวังของอาจารย์และนักศึกษาไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = .077$) แต่ประสบการณ์ที่ได้รับจริงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .050$) 3) ความคาดหวังและประสบการณ์ที่ได้รับมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .92$, $p < .01$) โดยด้านที่มีความสัมพันธ์โดดเด่นที่สุดคือ ด้านการบริหารจัดการ ($r = .91$) และด้านการมีส่วนร่วม ($r = .89$)

คำสำคัญ : การประกันคุณภาพการศึกษาภายใน, ความคาดหวัง, ประสบการณ์ที่ได้รับจริง

Abstract

The objective of this research was to investigate the expectations and perceived experiences of faculty members and students regarding the Internal Quality Assurance (IQA) process and to analyze the relationship between expectations and actual experiences. Utilizing a quantitative survey research design based on the Gap Model of Service Quality, the sample consisted of 12 faculty members and 293 students from the Faculty of Nursing, North Bangkok University. The research instrument was a questionnaire with high reliability. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

The research findings were as follows:1) Faculty members' expectations and experiences were at the highest level (M = 4.60 and 4.46, respectively), while students' expectations and experiences ranged from high to the highest level (M = 4.30 and 4.35, respectively). The curriculum and instruction aspect yielded the highest mean scores for both groups; however, the overall mean of perceived experiences was slightly

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ Coordinating Author: Arpakorn Prewnim, Email: arpakorn.pr@northbkk.ac.th
[2] นักศึกษาชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

lower than expectations. 2) Hypothesis testing revealed no statistically significant difference in expectations between faculty and students (p = .077). However, their perceived experiences differed significantly at a statistical level (p = .050). 3) Expectations and perceived experiences showed a very high and statistically significant correlation (r = .92, p < .01). The aspects with the most prominent correlations were management (r = .91) and participation (r = .89).

Keywords: Internal Quality Assurance, Expectation, Perceived Experience, Actual Experience, Realized Experience, Real Experience.

บทนำ

การประกันคุณภาพการศึกษาในระดับอุดมศึกษาเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมมาตรฐานทางวิชาการและการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับนโยบายของประเทศ และยกระดับการศึกษาสู่ความเป็นเลิศในระดับสากล โดยแบ่งเป็นการประกันคุณภาพภายใน (IQA) ที่ดำเนินการโดยสถาบัน และการประกันคุณภาพภายนอก (EQA) โดยหน่วยงานภายนอก[1] องค์กรวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลมาตรฐานเฉพาะทาง เช่น สภาการพยาบาล ทำหน้าที่ควบคุมมาตรฐานการศึกษาพยาบาลทั่วประเทศ โดยกำหนดกรอบมาตรฐานคุณวุฒิและมาตรฐานหลักสูตร เพื่อรับรองว่าผู้สำเร็จการศึกษามีสมรรถนะ (Competency) เหมาะสมต่อการปฏิบัติวิชาชีพอย่างปลอดภัย[2] โดยเฉพาะในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2566 ที่เน้นการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ 5 ด้าน (PLOs) และการปฏิบัติจริงในบริบทการพยาบาลยุคดิจิทัล การที่หลักสูตรผ่านการรับรองโดยสภาการพยาบาลช่วยส่งเสริมความเชื่อมั่นในมาตรฐานของบัณฑิตทั่วโลก[3] หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ได้นำแนวคิด Outcome-Based Education (OBE) และ Competency-Based Curriculum มาใช้ควบคู่กับการประกันคุณภาพ เพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลที่สามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่รวดเร็ว[4] การประเมินคุณภาพหลักสูตรจึงเป็นทั้งเครื่องมือในการ กำกับมาตรฐาน และสะท้อนคุณภาพของการจัดการศึกษาที่แท้จริง และความเชื่อมโยงระหว่างการประกันคุณภาพภายใน การประกันคุณภาพภายนอก และการประกันจากองค์กรวิชาชีพเป็นปัจจัยร่วมสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน[5]

มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพมีนโยบายและแนวทางการประกันคุณภาพที่ครอบคลุมทุกระดับ ตั้งแต่ระดับมหาวิทยาลัย คณะ จนถึงหลักสูตร สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานของ สกอ. และ สมศ [1,6,.7] โดยเน้นกระบวนการการประกันคุณภาพภายในผ่านการจัดทำรายงานประเมินตนเอง (SAR) ซึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ ได้ขับเคลื่อนระบบการประกันคุณภาพภายในอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล โดยบุคลากรมีบทบาทสำคัญในการนำผลประเมินมาใช้ในการพัฒนาหลักสูตรอย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังคงพบช่องว่างระหว่างความคาดหวังของบุคลากรกับผลลัพธ์ที่ได้รับจริงจากกระบวนการประเมิน โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจในบทบาท ความรู้สึกถึง ภาระจากการจัดทำเอกสาร และการรับรู้ถึงประโยชน์ที่แท้จริงของระบบประกันคุณภาพ อาจส่งผลกระทบต่อเจตคติและการมีส่วนร่วมในระยะยาว ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมุ่งสำรวจและวิเคราะห์ความคาดหวังเปรียบเทียบกับประสบการณ์ที่ได้รับจริงของบุคลากรในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เพื่อระบุปัจจัยที่สอดคล้อง และไม่สอดคล้อง และนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานการประกันคุณภาพภายในให้เหมาะสมกับบริบทการทำงาน เสริมสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานอย่างยั่งยืนและมีความหมาย ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จ

ของการพัฒนาระบบประกันคุณภาพการศึกษาภายในในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาบริบท วิเคราะห์ความคาดหวังและประสบการณ์ที่ได้รับของอาจารย์และนักศึกษาที่มีต่อกระบวนการประกันคุณภาพการศึกษาภายในของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง และประสบการณ์ที่ได้รับของอาจารย์และนักศึกษาที่มีต่อกระบวนการประกันคุณภาพการศึกษาภายในของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้กรอบแนวคิด Gap Model of Service Quality[8] เป็นหลักในการประเมินคุณภาพของระบบประกันคุณภาพการศึกษาภายใน (IQA) ของคณะพยาบาลศาสตร์ ผ่านการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและประสบการณ์ที่ได้รับจริงของอาจารย์และนักศึกษา ในการประเมินจะพิจารณาจากค่าความสัมพันธ์ (Correlation) โดยหากค่าเข้าใกล้ 1 จะแสดงถึงประสิทธิภาพของระบบที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ แต่หากค่าเข้าใกล้ 0 จะสะท้อนถึงปัญหาเชิงคุณภาพที่ส่งผลกระทบต่อทัศนคติและการมีส่วนร่วมของบุคลากร ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการผลิตบัณฑิตพยาบาล การวิจัยจึงเชื่อมโยงการประเมิน IQA เข้ากับแนวคิดการจัดการเรียนการสอนแบบเน้นผลลัพธ์ (Outcome-Based Education: OBE)[9] และหลักสูตรฐานสมรรถนะ (Competency-Based Curriculum) ควบคู่ไปกับการใช้หลักการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management: TQM)[10] ที่มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการรักษามาตรฐานและพัฒนาหลักสูตรอย่างยั่งยืน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาจารย์ผู้สอน และนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ ซึ่งถือเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับประเด็นที่ศึกษา และมีคุณลักษณะที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ส่วนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีหลักเกณฑ์ (purposive sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกและสะท้อนมุมมองที่หลากหลาย โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย (1) อาจารย์จำนวน 12 คน ครอบคลุมทั้ง 5 สาขาวิชา และมีประสบการณ์ในการสอนมากกว่า 1 ปี และ (2) นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ในปีการศึกษา 2568 จำนวนทั้งสิ้น 293 คน โดยเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 - 4 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทุกระดับชั้นปี และสามารถเปรียบเทียบความคิดเห็น หรือประสบการณ์ที่อาจแตกต่างกันไปตามช่วงชั้นของการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม “ความคาดหวังกับสิ่งที่ได้รับในการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน” ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการสำรวจความคิดเห็นของอาจารย์ และนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ โดยยึดกรอบแนวคิดหลักจาก Gap Model of Service Quality ที่พัฒนาโดย Parasuraman, Zeithaml และ Berry[8] เป็นโมเดลที่มุ่งเน้นการเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวัง (Expectation) กับประสบการณ์ที่ได้รับจริง (Perception) เพื่อให้สามารถประเมินช่องว่างของคุณภาพบริการในมิติที่เกี่ยวข้องได้อย่างเป็นระบบ แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับอาจารย์ และแบบสอบถาม

สำหรับนักศึกษาโดยทั้งสองฉบับมีโครงสร้างเหมือนกัน ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ดังนี้

(1) แบบสอบถามสำหรับอาจารย์ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งงานปัจจุบัน ระดับการศึกษา จำนวนปีที่ปฏิบัติงานในคณะพยาบาลศาสตร์ และประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมในกระบวนการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ส่วนที่ 2 ความคาดหวังที่มีต่อกระบวนการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน และส่วนที่ 3 ประสบการณ์ที่ได้รับจริงจากการมีส่วนร่วมในกระบวนการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน

(2) แบบสอบถามสำหรับนักศึกษา ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ ชั้นปี ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม ประสบการณ์ในการเข้าร่วมกิจกรรม อบรม หรือรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับการประกันคุณภาพการศึกษา และความถี่ในการได้ยินคำว่า การประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ส่วนที่ 2 ความคาดหวังที่มีต่อกระบวนการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน และส่วนที่ 3 ประสบการณ์ที่ได้รับจริงจากการมีส่วนร่วมในกระบวนการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน

รูปแบบการให้คะแนนของคำถามในส่วนที่ 2 และ 3 ใช้ระดับการประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ตั้งแต่ มากที่สุด ถึง น้อยที่สุด โดยมี การแปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ 1.00 – 1.50 = พึงพอใจน้อยที่สุด, 1.51 – 2.50 = พึงพอใจน้อย, 2.51 – 3.50 = พึงพอใจปานกลาง และ 3.51 – 4.50 = พึงพอใจมาก และ 4.51 -5.00 = พึงพอใจมากที่สุด[11,12]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใน 2 ด้าน คือความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามฉบับร่างเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครบถ้วน ความเหมาะสมของถ้อยคำ และความชัดเจนของคำถาม ทุกข้อมีค่ามากกว่า .66 - 1.00 ทั้ง 2 ฉบับ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability Testing) ทดลองใช้ (Try-out) แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง 30 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างหลัก และคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.96 ซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ โดยดำเนินขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตจากผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 2 ใช้แบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ผ่าน Google Forms โดยมีการออกแบบให้มีการสุ่มตอบ (randomized distribution) เพื่อให้เกิดความเป็นกลาง

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการแจกจ่ายแบบสอบถามผ่านช่องทางการสื่อสารของคณะพยาบาลศาสตร์ และติดตามการกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด (อาจารย์ 12 คน และนักศึกษา 293 คน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ลงรหัสข้อมูล และนำเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์เพื่อประมวลผลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และวิเคราะห์ความคาดหวังและประสบการณ์ โดยใช้การคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การวิเคราะห์เชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ t-test (Independent Samples t-

test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ ตามเอกสารรับรองเลขที่ NS18/2568 วันที่รับรอง 28 สิงหาคม 2568 ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ประโยชน์ที่ได้รับในแต่ละชั้นเรียน โดยการเข้าร่วมวิจัยเป็นด้วยความสมัครใจ มีสิทธิ์ถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานหรือการจัดการเรียนการสอน นำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมที่ไม่กระทบกระเทือนหรือก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของอาจารย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 12 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.70) อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 75.00) และมีตำแหน่งเป็นอาจารย์ประจำ (ร้อยละ 58.30) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 83.30) โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์ด้านการประกันคุณภาพการศึกษาไม่เกิน 5 ปี (ร้อยละ 58.30) และส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมกิจกรรมด้านการประกันคุณภาพ (ร้อยละ 75.00) ในขณะที่นักศึกษาที่เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 29.96) และมีผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) ตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป (ร้อยละ 41.60) สะท้อนถึงผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีของกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรม (ร้อยละ 57.10) และใช้สื่อสังคมออนไลน์ในระดับมากที่สุดถึงบ่อย (ร้อยละ 68.50) แสดงให้เห็นว่าสื่อสังคมออนไลน์มีบทบาทในชีวิตประจำวันของพวกเขา

การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความคาดหวังและประสบการณ์ที่ได้รับในการประกันคุณภาพการศึกษาภายในจำแนกรายด้าน พบว่า ในส่วนของความคาดหวังด้านการประกันคุณภาพการศึกษา พบว่า อาจารย์มีความคาดหวังในทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านหลักสูตรและการเรียนการสอนมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (4.71, SD = .36) ส่วนนักศึกษามีความคาดหวังในทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านหลักสูตรและการเรียนการสอนมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (4.37, SD = .57) โดยรวมแล้วอาจารย์มีความคาดหวังสูงกว่านักศึกษา ในทุกด้านของการประกันคุณภาพภายในและในส่วนของประสบการณ์ที่ได้รับจากการประกันคุณภาพการศึกษา พบว่า อาจารย์มีประสบการณ์ที่ได้รับในด้านหลักสูตรและการเรียนการสอนอยู่ในระดับมากที่สุด (4.55, SD = .45) ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับมาก ส่วนนักศึกษา มีประสบการณ์ที่ได้รับในทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านหลักสูตรและการเรียนการสอนมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (4.39, SD = .60) เมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวังจะพบว่า ค่าเฉลี่ยของประสบการณ์ที่ได้รับโดยทั่วไปต่ำกว่าความคาดหวังเล็กน้อยทั้งในกลุ่มอาจารย์และนักศึกษา

จากผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างความคาดหวังและประสบการณ์ที่ได้รับในการประกันคุณภาพการศึกษาภายในของอาจารย์ และนักศึกษา พบว่า อาจารย์และนักศึกษาต่างมีความคาดหวังและประสบการณ์ในระดับที่ค่อนข้างสูง โดยอาจารย์มีความคาดหวังและประสบการณ์ที่ได้รับในการประกันคุณภาพการศึกษาภายในสูงกว่านักศึกษา ซึ่งผลการทดสอบค่าเฉลี่ยระหว่างความคาดหวังและประสบการณ์ที่ได้รับในการประกันคุณภาพการศึกษาภายในระหว่างอาจารย์และนักศึกษาแสดงว่าความคาดหวังฯ ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่ประสบการณ์ที่ได้รับฯ แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังของนักศึกษา และอาจารย์กับประสบการณ์ที่ได้รับจริงในการประเมินคุณภาพการศึกษาในด้านต่าง ๆ ด้านที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุดคือ ความคาดหวังด้าน

การบริหารจัดการกับประสบการณ์ด้านการบริหารจัดการ โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .91 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ด้านที่มีความสัมพันธ์สูงรองลงมา ได้แก่ ความคาดหวังด้านการมีส่วนร่วมกับประสบการณ์ด้านการมีส่วนร่วม โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .89 ที่ระดับนัยสำคัญ .01 และประสบการณ์ด้านหลักสูตรการเรียนการสอนกับประสบการณ์ด้านการจัดการบริหาร โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .88 ที่ระดับนัยสำคัญ .05

สรุปได้ว่า ความคาดหวัง และประสบการณ์ที่ได้รับในการประเมินคุณภาพการศึกษาในแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง และมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร โดยเฉพาะในด้านการบริหารจัดการ และการมีส่วนร่วมที่สอดคล้องกันมากที่สุด แสดงถึงคุณภาพของการจัดการศึกษาในภาพรวมว่าสามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของนักศึกษา และอาจารย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังกับประสบการณ์ที่ได้รับในการประกันคุณภาพการศึกษาภายในพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเท่ากับ .92 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 บ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ในทิศทางที่ดีมาก

สรุปและอภิปรายผล

1. ความคาดหวังและประสบการณ์ของอาจารย์และนักศึกษาต่อการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน พบว่า ทั้งอาจารย์และนักศึกษามีความคาดหวังต่อการประกันคุณภาพการศึกษาภายในในระดับสูง โดยอาจารย์มีความคาดหวังในระดับมากที่สุด (M = 4.60) ในขณะที่นักศึกษามีความคาดหวังในระดับมาก (M = 4.30) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Parasuraman et al.[12] ที่อธิบายว่าความคาดหวังเป็นความเชื่อหรือความปรารถนาของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการที่ควรจะได้รับ ในบริบทของสถาบันการศึกษา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ทั้งอาจารย์และนักศึกษาย่อมมีความคาดหวังที่แตกต่างกันตามบทบาทและประสบการณ์ของตน การที่อาจารย์มีความคาดหวังสูงกว่านักศึกษาในทุกด้านนั้น อาจเป็นเพราะอาจารย์มีความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับมาตรฐานและกระบวนการประกันคุณภาพการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Harvey and Green[14] ที่ระบุว่า คุณภาพในการศึกษาเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและมีหลายมิติ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละกลุ่มมีมุมมองที่แตกต่างกัน อีกทั้งอาจารย์ส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีอายุมากกว่า 50 ปี และมีประสบการณ์ด้านการประกันคุณภาพการศึกษา ทำให้มีความตระหนักและความคาดหวังที่สูงต่อระบบการประกันคุณภาพ

2. ด้านหลักสูตรและการเรียนการสอน ผลการศึกษาพบว่า ด้านหลักสูตรและการเรียนการสอนมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังสูงที่สุดทั้งในกลุ่มอาจารย์ (M = 4.71) และนักศึกษา (M = 4.37) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Biggs[15] ที่เสนอแนวคิด Constructive Alignment โดยเน้นว่าหลักสูตรและการเรียนการสอนเป็นหัวใจสำคัญของคุณภาพการศึกษา ต้องมีการออกแบบที่สอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์การเรียนรู้ กิจกรรมการเรียนการสอน และการประเมินผล นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ[5] ที่กำหนดให้หลักสูตรเป็นองค์ประกอบหลักในการประกันคุณภาพการศึกษา การที่ประสบการณ์ที่ได้รับในด้านนี้ยังคงอยู่ในระดับสูง ($M_{อาจารย์}$ = 4.55, $M_{นักศึกษา}$ = 4.39) แสดงให้เห็นว่า สถาบันมีการดำเนินงานด้านหลักสูตรและการเรียนการสอนที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Chickering and Gamson[16] เกี่ยวกับหลักการปฏิบัติที่ดีในการจัดการเรียนการสอนระดับอุดมศึกษา ที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับอาจารย์ การส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการให้ข้อมูลย้อนกลับที่ทันท่วงที

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและประสบการณ์ที่ได้รับในการประเมินคุณภาพการศึกษาภายใน ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ที่ได้รับโดยทั่วไปต่ำกว่าความคาดหวังเล็กน้อยทั้งในกลุ่มอาจารย์และนักศึกษา สอดคล้องกับแนวคิด SERVQUAL ของ Parasuraman et al.[8,13] ที่วัดคุณภาพการบริการจากช่องว่างระหว่างความคาดหวังและการรับรู้ (Gap Model) โดยช่องว่างที่เกิดขึ้นนี้แสดงให้เห็นพื้นที่ที่ต้องปรับปรุงและพัฒนา อย่างไรก็ตาม ควรสังเกตว่าช่องว่างดังกล่าวมีขนาดเล็ก แสดงถึงประสิทธิภาพของระบบการประกันคุณภาพการศึกษาที่สามารถตอบสนองความต้องการได้ในระดับที่น่าพอใจ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Douglas et al.[17] ที่ศึกษาคุณภาพการบริการในสถาบันอุดมศึกษา และพบว่าการลดช่องว่างระหว่างความคาดหวังและประสบการณ์เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความพึงพอใจ

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและประสบการณ์ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความคาดหวัง และประสบการณ์ที่ได้รับในการประเมินคุณภาพการศึกษาในมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก ($r = .92$, $p < .01$) โดยเฉพาะในด้านการบริหารจัดการ ($r = .91$, $p < .01$) และด้านการมีส่วนร่วม ($r = .89$, $p < .01$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Zeithaml et al.[18] ที่อธิบายว่า ความคาดหวังที่ชัดเจนและการดำเนินงานที่สอดคล้องกับความคาดหวังจะนำไปสู่การรับรู้คุณภาพที่ดี โดยความสัมพันธ์ที่สูงในด้านการบริหารจัดการสะท้อนถึงความสำคัญของการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการประกันคุณภาพการศึกษา สอดคล้องกับแนวคิดของ Deming[10] เกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management) ที่เน้นว่าผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ Rowley[19] ได้กล่าวถึงความสำคัญของภาวะผู้นำและการบริหารจัดการในการพัฒนาคุณภาพการศึกษาระดับอุดมศึกษา

4. การมีส่วนร่วมในการประกันคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ที่สูงระหว่างความคาดหวัง และประสบการณ์ที่ได้รับในการประเมินคุณภาพการศึกษาในด้านการมีส่วนร่วมนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Sallis[20] ที่เน้นว่าการประกันคุณภาพการศึกษาต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งอาจารย์ นักศึกษา บุคลากร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ การที่นักศึกษาส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรม (ร้อยละ 57.10) แสดงให้เห็นถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของนักศึกษาในกระบวนการประกันคุณภาพ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Astin[21] เกี่ยวกับทฤษฎีการมีส่วนร่วม (Theory of Involvement) ที่อธิบายว่า การมีส่วนร่วมของนักศึกษาในกิจกรรมต่างๆ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและพัฒนาการของนักศึกษา การที่นักศึกษาในการศึกษานี้มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมสูง (ร้อยละ 41.60 มี GPAX ตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป) อาจสะท้อนถึงผลบวกจากการมีส่วนร่วมในกระบวนการประกันคุณภาพ

5. ความแตกต่างระหว่างอาจารย์และนักศึกษา ผลการทดสอบแสดงให้เห็นว่า ความคาดหวังของอาจารย์และนักศึกษาไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = .077$) แต่ประสบการณ์ที่ได้รับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .050$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hill[22] ที่ศึกษามุมมองนักศึกษาต่อคุณภาพในการศึกษาระดับอุดมศึกษา และพบว่า นักศึกษาและอาจารย์มีการรับรู้คุณภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งเกิดจากมุมมองบทบาท และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ (1) ระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการประกันคุณภาพ โดยอาจารย์มีส่วนร่วมโดยตรงมากกว่านักศึกษา (2) ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบและกระบวนการประกันคุณภาพ และ (3)

ประสบการณ์และความคุ้นเคยกับระบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Harvey and Knight[23] ที่กล่าวว่า การรับรู้คุณภาพเป็นเรื่องสัมพันธ์กับมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

6. บทบาทของสื่อสังคมออนไลน์ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในระดับมากที่สุดถึงบ่อย (ร้อยละ 68.50) สะท้อนถึงพฤติกรรมของนักศึกษาในยุคดิจิทัล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Manca and Ranieri[24] ที่ศึกษาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการศึกษาระดับอุดมศึกษา และพบว่า สื่อสังคมออนไลน์สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ และสร้างการมีส่วนร่วมของนักศึกษา ดังนั้น สถาบันการศึกษาควรพิจารณาใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นช่องทางในการสื่อสารเกี่ยวกับการประกันคุณภาพการศึกษาและสร้างการมีส่วนร่วมของนักศึกษา

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายในมีประสิทธิภาพในระดับที่ดี โดยสามารถตอบสนองความคาดหวังของทั้งอาจารย์และนักศึกษาได้ในระดับที่น่าพอใจ อย่างไรก็ตาม ยังมีช่องว่างที่ต้องปรับปรุงและพัฒนา โดยเฉพาะในการสร้างความเข้าใจและการรับรู้ที่ตรงกันระหว่างอาจารย์และนักศึกษา การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมที่แท้จริง และการพัฒนาระบบที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากผลการวิจัยนี้ สามารถนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

1. การลดช่องว่างระหว่างความคาดหวังและประสบการณ์ โดยมีการสำรวจและติดตามความคาดหวังของอาจารย์และนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง และนำผลมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาระบบการประกันคุณภาพ

2. การเสริมสร้างการมีส่วนร่วม โดยมีกลไกที่ชัดเจนในการส่งเสริมให้นักศึกษาและอาจารย์มีส่วนร่วมในกระบวนการประกันคุณภาพอย่างแท้จริง ไม่ใช่เพียงการเข้าร่วมกิจกรรมเท่านั้น แต่รวมถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการพัฒนา

3. การพัฒนาระบบสื่อสารและการรับรู้ โดยมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับระบบและกระบวนการประกันคุณภาพให้กับทุกฝ่าย โดยเฉพาะนักศึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน อาจใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นช่องทางในการสื่อสาร

4. การเสริมสร้างศักยภาพของอาจารย์ โดยมีการพัฒนาศักยภาพของอาจารย์ด้านการประกันคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอาจารย์ที่มีประสบการณ์น้อย เพื่อให้มีความเข้าใจและสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Office for National Education Standards and Quality Assessment (Public Organization). Manual for external quality assessment in higher education. Bangkok: Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation; 2023.
2. Thai Nursing Council. Standards for Bachelor of Nursing Science curriculum B.E. 2566 (2023) [Internet]. 2023 [cited 2026 Jan 28]. Available from: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/Institutional%20accreditation%20%202566.pdf
3. Kosol S. The impact of nursing curriculum accreditation by the Nursing Council on graduate confidence and readiness for professional license examination. J Nurs Educ. 2019;12(3):45-60.
4. Liu W, Wang Q, Hu G, Zhu Y, Chen W, Li C. Applying outcome-based education and competency-based assessment to nursing education in China: A literature review. Nurse Educ Today. 2022;114:105370.

5. Sukchai T. Internal evaluation guidelines for Faculty of Nursing: The linkage among internal quality assurance, external quality assurance, and professional organizations. J Health Sci. 2022;15(2):125-140.
6. Office of the Higher Education Commission. Thai qualifications framework for higher education B.E. 2552 (2009). Bangkok: Office of the Higher Education Commission; 2009.
7. Office of the Higher Education Commission. Thai qualifications framework for higher education B.E. 2565 (2022). Bangkok: Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation; 2022.
8. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. J Retailing. 1988;64(1):12-40.
9. Spady WG. Outcome-Based Education: Critical Issues and Answers. Arlington, VA: American Association of School Administrators; 1994.
10. Deming WE. Out of the crisis. Cambridge, MA: MIT Press; 1986.
11. Somboon T. Educational research. Bangkok: Silpakorn University Press; 2002.
12. Booncham S. Introduction to research. 9th ed. Bangkok: Suweeriyasarn; 2011.
13. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. J Marketing. 1985;49(4):41-50.
14. Harvey L, Green D. Defining quality. Assess Eval High Educ. 1993;18(1):9-34.
15. Biggs J. Teaching for quality learning at university. Buckingham: Open University Press; 1999.
16. Chickering AW, Gamson ZF. Seven principles for good practice in undergraduate education. AAHE Bull. 1987;39(7):3-7
17. Douglas J, Douglas A, Barnes B. Measuring student satisfaction at a UK university. Qual Assur Educ. 2006;14(3):251-67.
18. Zeithaml VA, Berry LL, Parasuraman A. The nature and determinants of customer expectations of service. J Acad Market Sci. 1993;21(1):1-12.
19. Rowley J. Beyond service quality dimensions in higher education and towards a service contract. Qual Assur Educ. 1997;5(1):7-14.
20. Sallis E. Total quality management in education. 3rd ed. London: Kogan Page; 2002.
21. Astin AW. What matters in college? Four critical years revisited. San Francisco: Jossey-Bass; 1993.
22. Hill FM. Managing service quality in higher education: The role of the student as primary consumer. Qual Assur Educ. 1995;3(3):10-21.
23. Harvey L, Knight PT. Transforming higher education. Buckingham: Open University Press; 1996.
24. Manca S, Ranieri M. Facebook and the others. Potentials and obstacles of social media for teaching in higher education. Comput Educ. 2016;95:216-30.

ประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน LINE ในการส่งเสริมความร่วมมือของหญิงตั้งครรภ์เพื่อรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก: การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม

The effectiveness of a LINE application intervention in improving compliance among pregnant women with iron deficiency anemia: A randomized control trial.

(Received: January 31,2026 ; Revised: February 5,2026 ; Accepted: February 8,2026)

ศิริธัญญ์ ตัญบุญยกิจ[1] **จิราภรณ์ สุขเกษม**[2]
Siritun Thunboonyakid[1] **Jiraporn Sukkasem**[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการใช้เทคโนโลยีสื่อสารด้วย LINE ในการส่งเสริมความร่วมมือของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคโลหิตจางเพื่อเพิ่มระดับของฮีมาโตคริต การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (อัตราส่วน 1:1) ประกอบด้วยอาสาสมัครในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 ราย ที่มีระดับ hematocrit ต่ำกว่า 33% โดยรับเข้ากลุ่มแทรกแซงที่โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์และกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมผ่านทางการสร้างกลุ่ม LINE ตลอดระยะเวลา 2 เดือน โดยการให้ความรู้ ผ่านทางภาพอินโฟกราฟิก การกำกับติดตามการกินยาเสริมธาตุเหล็ก และตอบข้อสงสัย ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้/ พฤติกรรมของกลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงเพิ่มขึ้นจาก) 8.87±1.12 เป็น 12.23±1.65, $P < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง) 9.46±1.50, $P = 0.667$) รวมทั้งค่าฮีมาโทคริตในกลุ่มแทรกแซงยังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากกว่ากลุ่มควบคุม

คำสำคัญ: การเสริมธาตุเหล็ก, ภาวะโลหิตจาง, หญิงตั้งครรภ์, แอปพลิเคชัน LINE

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of the LINE application in enhancing pregnant women's adherence to interventions aimed at improving hematocrit levels. A randomized controlled trial (1:1 allocation ratio) was conducted involving 30 volunteers in the intervention group and 30 in the comparison group, all with hematocrit levels below 33%. Participants in the intervention group, recruited from Ronphibun Hospital, and the control group, from Chauat Hospital in Nakhon Si Thammarat Province, took part in a 2-month LINE-based program that delivered educational infographics, supervised iron supplementation adherence, and addressed queries. **Results:** Knowledge/behavior scores in the intervention group improved significantly (from 8.87 ± 1.12 to 12.23 ± 1.65, $P < 0.001$) and exceeded those of the control group (9.46 ± 1.50, $P = 0.667$). Hematocrit levels in the intervention group also rose more rapidly than in the control group.

Keywords: Anemia, iron supplementation, LINE application, pregnant women

บทนำ

โรคโลหิตจางเป็นปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่อผู้ใหญ่ตลอดจนเด็กเล็ก มักจะพบได้ในประเทศแถบเอเชียอาคเนย์ซึ่งประชากรยังมีรายได้ต่ำถึงปานกลาง องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ภาวะโลหิตจางคือภาวะที่ระดับ hemoglobin ในเลือดต่ำกว่า 11 กรัม/เดซิลิตร[1] ส่วน CDC กำหนดให้ Hb หรือ Hct ที่ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 5 ของแต่ละอายุครรภ์ โดยในไตรมาสที่ 1 และ 3 Hb ต่ำกว่า 11 g/dl Hct ต่ำกว่า

[1] นายแพทย์ ระดับชำนาญการ (ด้านเวชกรรม) งานการแพทย์ โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
[2] ระดับชำนาญการ (เฉพาะทางด้านการพยาบาลผดุงครรภ์) โรงพยาบาลชะอวด อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช

33% ในไตรมาสที่ 2 Hb ต่ำกว่า 10.5 g/dl Hct ต่ำกว่า 32% ในแถบเอเชียอาคเนย์พบว่าผู้หญิงที่ตั้งท้องมีภาวะซีดสูงถึง 52%[2] โรคโลหิตจางทำให้เกิดการเสียชีวิตในหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งโลหิตจางจากธาตุเหล็กไม่เพียงพอต่อร่างกายซึ่งกระทบทั้งมารดาและทารกแรกเกิด[3, 4] ยังมีสาเหตุมาจากพันธุกรรม เช่น ธาลัสซีเมียและ hemoglobin E การติดเชื้อ เช่น มาลาเรีย, Human Immunodeficiency Virus (HIV), วัณโรค และมะเร็ง[5, 6] ซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคโลหิตจาง[7] ดังนั้น ในประชากรกลุ่มนี้จึงจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดด้วยระบบการดูแลฝากครรภ์ให้เป็นไปตามเกณฑ์[8] ภาวะโลหิตจางอาจเป็นอาการรองจากการตกเลือดอย่างรุนแรงระหว่างการคลอดบุตรและภาวะหัวใจล้มเหลวหรือทั้งสองอย่าง ตัวอย่างของการเจ็บป่วยจากปริกำเนิด ได้แก่ พัฒนาการล่าช้า น้ำหนักแรกเกิดน้อย และคลอดก่อนกำหนด[9] รวมทั้งเด็กทารกมีขนาดตัวเล็ก ความเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางในทารกแรกเกิด[10, 11] และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดาเป็น 2 เท่า[9]

จากรายงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 11 มีอุบัติการณ์ของโรคโลหิตจางระหว่างการตั้งครรภ์อยู่ที่ร้อยละ 29.08 และ 30.78 ในปี 2566-2567[12] ต่ำกว่าเกณฑ์ คือต้องไม่เกิน 14% โดยมีสาเหตุมาจากการกินอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอซึ่งหนึ่งในสามเท่านั้นที่มีการกินยาเสริมธาตุเหล็กหลังตรวจพบ[13] การให้คำแนะนำที่ยังไม่บรรลุผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อให้ตนเองหายจากโลหิตจาง[14] ระบบการฝากท้อง (Antenatal care; ANC) เป็นการดูแลก่อนคลอดให้กับหญิงตั้งครรภ์เพื่อดูแลและรักษาปัญหาอาการเจ็บป่วยพร้อมทั้งเสริมแนวทางการดูแลสุขภาพก่อนการคลอดบุตร[15] ไม่ให้มีโรคแทรกซ้อนและลดการตายของมารดา[16] และทำให้การคลอดบุตรมีโอกาสที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น[17, 18]

ปัจจุบันมีหลายวิธีในการติดตามความสม่ำเสมอในกินยาเสริมธาตุเหล็ก วิธีการทางตรงประกอบด้วยการสังเกตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการนับเม็ดยาซึ่งมีประสิทธิภาพ[19] แต่ยังมีปัญหาในบางบริบทที่บุคลากรไม่เพียงพอ เช่น โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กทำให้แนวทางนี้จึงไม่ได้ผลเท่าที่ควร การทดลองทางคลินิกจำนวนมากได้พิสูจน์ประสิทธิผลของการเสริมธาตุเหล็กให้กับมารดาขณะตั้งครรภ์[20-22] มีการพัฒนาเทคนิคใหม่ที่น่าสนใจมาใช้เพื่อการกำกับการกินยาเสริมธาตุเหล็กแต่ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ทดสอบในงานวิจัยทางคลินิกที่มีการควบคุม[23] ในปัจจุบันมีการใช้เครื่องมือสื่อสารในทุกมิติเพื่อให้สามารถช่วยในการดูแลประชาชนได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ประชากรโลกประกอบด้วยสมาชิกที่มีมือถือมากกว่าเจ็ดพันล้านคนและบริการมือถือครอบคลุม 95% ที่เข้าสู่ยุคดิจิทัลและ mHealth ซึ่งมีอิทธิพลกับผู้คนในพื้นที่ชนบทและทำให้การดูแลสุขภาพถ้วนหน้าเป็นจริงได้ทั่วโลก[24] แม้แต่กระทรวงสาธารณสุขไทยยังได้มีการสร้าง Line App “หมอพร้อม” ที่บริการกับประชาชนได้ทั่วประเทศอย่างสะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพเนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ไม่จำกัดเวลา จึงน่าสนใจที่จะนำโทรศัพท์มือถือมาแทรกแซงการจัดการภาวะโลหิตจางระหว่างการตั้งครรภ์ซึ่งที่ทำได้สะดวกโดยไม่รบกวนพื้นที่ส่วนบุคคล ลดผลข้างเคียงและจัดการกับอาการหลงลืมเรื่องของการกินยาผ่านทางช่องทาง LINE Application[23] มีการศึกษาการแทรกแซงด้วยเทคโนโลยีโทรคมนาคมเคลื่อนที่บางส่วนในต่างประเทศ เช่น การใช้ระบบโทรอัตโนมัติเตือนรับประทานอาหารเสริมเหล็กในอินเดียและ SMS ส่งข้อมูลเสริมเหล็กโดยอิหร่านสำหรับหญิงตั้งครรภ์โลหิตจาง[23, 25, 26] อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการแทรกแซงทางการศึกษาโดยใช้เทคโนโลยีโทรคมนาคมเคลื่อนที่เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางในอำเภอร่อนพิบูลย์มาก่อน แนวทางปัจจุบันเป็นการให้แนวทางแบบเชิงรับที่โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์โดยพยาบาลที่แผนกฝากครรภ์ ดังนั้น การใช้เทคโนโลยีโทรคมนาคมเคลื่อนที่จะเป็นทางเลือกที่น่าสนใจ

สถานการณ์อนามัยแม่และเด็กเครือข่ายอำเภอร่อนพิบูลย์ ตั้งแต่ปี 2565-2567 อัตราเปอร์เซ็นต์ของผู้หญิงที่ให้เป็นโรคโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ คือ ร้อยละ 14.19, 11.30 และ 21.94 ตามลำดับ และในปี 2567 ค่าสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ คือ ไม่เกิน 17%)[27] ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงแทรกแซงเพื่อแก้ปัญหาโลหิตจางระหว่างการตั้งครรภ์เพื่อให้คำปรึกษาผ่านทางช่องทาง LINE Application โดยการตั้งกลุ่มไลน์เพื่อให้ความรู้และติดตามพฤติกรรมการกินยาเสริมธาตุเหล็ก

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการแทรกแซงหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคโลหิตจางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการกินยาเสริมธาตุเหล็กด้วยโทรศัพท์มือถือผ่านการสร้างเป็นกลุ่มไลน์ (Line Application: ลูกแม่เศรษฐีปลอดภัยจากซีด)

สมมติฐานการวิจัย

1. อาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยตลอดระยะเวลา 2 เดือน ผ่านแอปพลิเคชัน LINE จะมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

2. หญิงตั้งครรภ์จะมีระดับ Hematocrit สูงขึ้นหลังเข้าร่วมวิจัยเป็นระยะเวลา 2 เดือนและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมแบบสองกลุ่ม โดยมีอัตราส่วนการจัดสรร 1:1 ดำเนินการในโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์และโรงพยาบาลชะอวด โดยมีผู้เข้าร่วม (หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคโลหิตจาง) ในเขตอำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (กลุ่มทดลอง) และอำเภอชะอวด (กลุ่มเปรียบเทียบ) ถูกเลือกแบบสุ่มเป็นสถานที่ทำการศึกษาเพื่อไม่ให้มีการปะปนระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์และโรงพยาบาลชะอวด ซึ่งมีผลการตรวจวินิจฉัยภาวะโลหิตจาง (Hematocrit ต่ำกว่า 33%)

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (power of analysis) เท่ากับ 0.95 ค่า (α) เท่ากับ 0.05 กำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.4 ซึ่งผลจากการแทนค่าได้ จำนวน 59 ราย ปรับเป็น 60 ราย โดยการศึกษานี้แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา (Case)/กลุ่มเปรียบเทียบ (Control) เป็น 1:1 โดยสุ่มอาสาสมัครที่มีค่า Hematocrit ต่ำกว่า 33% และมีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้ LINE application ได้ ในการศึกษานี้ได้คัดออกผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาและการอักเสบเรื้อรังต่างๆ รวมทั้งรับประทานอาหารเสริมธาตุเหล็กนานกว่า 1 สัปดาห์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

เครื่องมือในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ประวัติการศึกษา ข้อมูลการตั้งครรภ์ โรคประจำตัว และการรับประทานยาชนิดต่างๆ และข้อมูลจากเวชระเบียนแผนกอนามัยแม่และเด็กประกอบด้วยค่า Hematocrit (%) 2) การสร้างกลุ่ม LINE Application: ลูกแม่เศรษฐีปลอดภัยจากซีด การแทรกแซงทางกลุ่มไลน์ ได้แก่ การอธิบายเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางในระหว่างตั้งครรภ์อิงตามหนังสือคู่มือการดูแลก่อนคลอดผ่านทางกลุ่มไลน์ด้วย Infographic ที่มีเนื้อหาสั้นๆ รวมถึงการส่งข้อความเตือนการรับประทานธาตุเหล็กในแต่ละรอบวันพร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับผลข้างเคียงในการรับประทานธาตุเหล็กรวมทั้งวิธีการรับประทานโดยการส่งข้อความเตือนในกลุ่มไลน์ 3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมจำนวน 15 ข้อ เป็นโจทย์แบบเลือกตอบ ใช่ / ไม่ใช่ โดยตอบผิด มีคะแนนเท่ากับ 0 และตอบถูกมีคะแนนเท่ากับ 1 ชุดข้อมูลการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมและแบบทดสอบได้รับการตรวจทานจากผู้ทรงคุณวุฒิมี

ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 1.0 และเมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มอาสาสมัครที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์ KR-20 เท่ากับ 0.8

การรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกปกปิดเพื่อลดอคติและปัจจัยรบกวน ที่สำคัญคือ ทีมแพทย์ที่ดูแลจะไม่ทราบว่าอาสาสมัครอยู่ในกลุ่มใดเพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบต่อการดูแล อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่ที่รับผู้เข้าร่วมและนักวิเคราะห์ข้อมูลไม่ได้ถูกปิดบังข้อมูล ดังนั้น ทีมวิจัยจึงมีสองทีม คือ ทีมที่ 1 เก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง และทีมที่ 2 เก็บข้อมูลจากกลุ่มควบคุม โดยการแทรกแซงผ่านทางกลุ่ม LINE รวมถึงการแจ้งเตือนให้กินยาและการถามตอบโดยไม่มีการใช้ข้อความกดดันและไม่มีข้อความที่ไม่เป็นประโยชน์ใดๆ ที่มีเจตนาทำให้ผู้เข้าร่วมแสดงพฤติกรรมผิดปกติเมื่อรู้ตัวว่ากำลังถูกสังเกต (Hawthorne effect) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงกิจกรรมของงานวิจัย

กิจกรรม	สัปดาห์	เครื่องมือ	ผู้ดำเนินงาน
ผู้ป่วยได้รับการสัมภาษณ์ทางคลินิกสั้น ๆ และวัดค่า Hematocrit และรับอาสาสมัครเข้ากลุ่ม LINE: ลูกแม่เศรษฐีปลอดภัยจากซีด	0 (baseline)	แบบสอบถามและแบบเก็บข้อมูลอาสาสมัคร	ผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยวิจัยทีมที่ 1 และ 2
1. การให้ความรู้และติดตามการกินยาเสริมธาตุเหล็ก 2. ทดสอบ Pre-test และ post-test	1. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 2 เดือน 2. สัปดาห์ที่ 0 และ 8	1. Infographic 2. แบบประเมินความรู้ (วัดสัปดาห์ที่ 0 และ 8)	ผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยวิจัยทีมที่ 1 และ 2
ตรวจวัดค่า Hematocrit	0, 4, และ 8	เครื่องวัด Hematocrit	ผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยวิจัยทีมที่ 1 และ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์เพื่อประเมินความสัมพันธ์ การทดสอบ paired t-test สำหรับการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มเดียวกัน และ independent t-test เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช (163/2567)

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากรศาสตร์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม แสดงดังตารางที่ 2 แสดงพบว่าทั้งสองกลุ่มมีตัวแปรที่คล้ายคลึงกันในอายุเฉลี่ย อายุครรภ์ และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ในขณะที่กลุ่มแทรกแซงมีสัดส่วนมัธยมศึกษาตอนต้น/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพสูงกว่า (33.3% vs 23.3%) กลุ่มแทรกแซงไม่มีอาชีพสูงกว่า (20.0% vs 3.3%) และอาชีพอื่นๆ (20.0% vs 0%) แต่กลุ่มควบคุมมีอาชีพเกษตรกรสูงกว่า (26.7% vs 0%) กลุ่มแทรกแซงอัตราส่วนผู้ดื่มกาแฟหรือชามากกว่า (63.3% vs 33.3%) ผลจากการเปรียบเทียบพบว่าทั้งสองกลุ่มสามารถนำมาเทียบเคียงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

ลักษณะทั่วไป		กลุ่มทดลอง)n= 30)	กลุ่มควบคุม)n= 30)	χ^2	*p*-value
อายุ (ปี) ($\bar{X}$±SD)		25±6.02	26±5.77	277.5	0.396
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	3	1	22.629[a]	0.023[a]
	จบการศึกษาชั้นประถม	9	10		
	มัธยมศึกษาตอนต้น	10	7		
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	11		
	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	2	1		
	สูงกว่าปริญญาตรี	0	0		
อาชีพ	ไม่มี	6	1	16.917[a]	0.0308[a]
	มี	24	29		
	เกษตรกรรม	0	8		
	รับจ้าง	8	9		
	รับราชการ	10	12		
	รัฐวิสาหกิจ	0	0		
	อื่นๆ (ไม่ระบุ)	6	0		

a = Fisher's exact test

ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

หลังการแทรกแซงกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มจาก 8.87 ± 1.12 เป็น 12.23 ± 1.65 ซึ่งบ่งบอกถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงอยู่ที่ 9.63 ± 1.47 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการแทรกแซงในการยกระดับความรู้และพฤติกรรมของอาสาสมัครได้ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป		กลุ่มทดลอง)n= 30)	กลุ่มควบคุม)n= 30)	χ^2	*p*-value
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	1	10	10	7.4562	0.1137
	≥2	20	20		
อายุครรภ์ ($\bar{X}$±SD)		27±0.75	27±5.28	167.46	0.2511
ดื่มการแฟ/ ชา	ไม่ดื่ม	11	20	5.185	0.022
	ดื่ม	19	10		

a = Fisher's exact test

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของอาสาสมัครที่ได้รับแทรกแซงและกลุ่มควบคุม

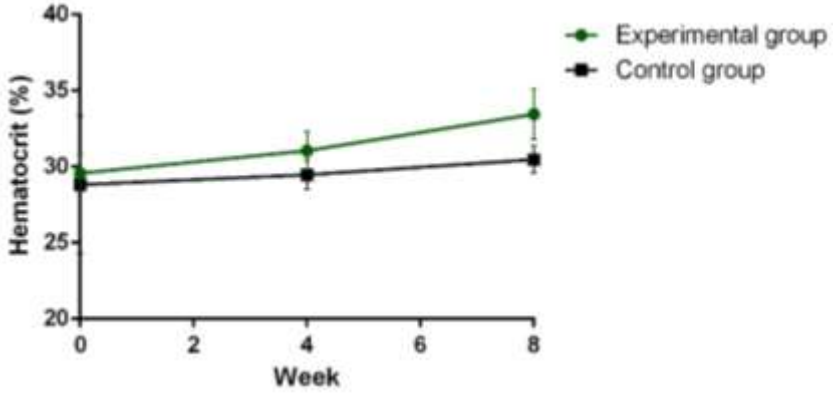
ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง)n= 30)	กลุ่มควบคุม)n= 30)
ก่อนการทดลอง	8.87±1.12	9.63±1.47
หลังการทดลอง	12.23±1.65	9.46±1.50
Paired t-test) *P*-value(	< 0.001	0.667

การเปลี่ยนแปลงค่า Hematocrit ของหญิงตั้งครรภ์

จากการติดตามผลลัพธ์ ณ จุดเริ่มต้น (base line) สัปดาห์ที่ 4 และ 8 พบว่าระดับของ Hematocrit ของทั้งสองกลุ่มสูงขึ้นตามระยะเวลาจนสัปดาห์ที่ 8 อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วที่เวลา 4 สัปดาห์ (เส้นสีเขียว) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (เส้นสีดำ) (ภาพที่ 1)

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการแทรกแซงเชิงทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นใหม่ถือได้ว่าเป็นการแทรกแซงครั้งแรกที่ใช้นวัตกรรมการสื่อสารเพื่อผลักดันให้มารดาที่เป็นโรคโลหิตจางที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์มีการพัฒนาตนเองเรื่องการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการเพื่อเพิ่มค่า Hematocrit ผลลัพธ์ของการศึกษาสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการแทรกแซงโดยวัดจากการเปลี่ยนแปลงค่า Hematocrit ของผู้หญิงที่ตั้งท้องและมีภาวะซีดในการศึกษานี้ การยกระดับความรู้เกี่ยวกับการการรับประทานอาหารเพื่อเสริมธาตุเหล็กลดภาวะโลหิตจางในระหว่างตั้งท้องโดยวัดจากค่า Hematocrit ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มแทรกแซงและรวดเร็วกว่ากลุ่มควบคุม



ภาพที่ 1 แสดงค่า Hematocrit ของกลุ่มอาสาสมัครตามระยะเวลาที่ติดตามผลลัพธ์ ณ จุดเริ่มต้นจนถึงสัปดาห์ที่ 8 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การใช้เครื่องมือสื่อสารเข้ามาช่วยในการแทรกแซงเชิงรุกในครั้งนี้มีผลลัพธ์ที่เด่นชัดกับกลุ่มทดลองทุกด้านซึ่งผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยแบบ randomized control trial (RCT) ที่ใช้โปรแกรมสุขศึกษาแบบทฤษฎีสุขนิสัย (Health Belief Model) ในมาเลเซีย[23] ทำให้ระดับ hemoglobin สูงขึ้น กลุ่มอาสาสมัครมีการปฏิบัติตามและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินที่ดีขึ้น และยังมีรายงานวิจัยที่ยืนยันว่าการแทรกด้วยดิจิทัลช่วยป้องกันภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ได้[28] เช่นเดียวกับงานวิจัยแบบ RCT ในประเทศอินเดีย[26] ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการแทรกแสร้งทางโทรศัพท์ในการปฏิบัติตามการรับประทานธาตุเหล็กและกรดโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโลหิตจาง พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการปฏิบัติตามเพิ่มขึ้น 44.9% เทียบกับ 13.8% ในกลุ่มควบคุม สัมพันธ์กับค่า hemoglobin ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และประเทศอิหร่าน[29] ที่พบว่าการส่งข้อความเตือนผ่าน SMS เพื่อการเตือนให้รับประทานอาหารเสริมเหล็ก ส่งผลให้กลุ่มได้รับ SMS มีอัตราการปฏิบัติตามสูง (94%) เทียบกับกลุ่มควบคุม (66%)

การคัดเลือกกลุ่มอาสาสมัครในงานวิจัยนี้มีข้อดีเนื่องจากลักษณะด้านประชากรมีความใกล้เคียงกันมากที่สุด ยกเว้น กลุ่มแทรกแซงมีสัดส่วนผู้ดื่มกาแฟหรือชาสูงกว่ากลุ่มที่เปรียบเทียบ (63.3% vs 33.3%) ซึ่งเป็นตัวสะท้อนประสิทธิผลของการแทรกแซงได้เป็นอย่างดีเนื่องจากการสอบถามอาสาสมัครกลุ่มแทรกแซงพบว่าทุกคนลดการกินกาแฟหรือชาลงจากเดิม การดื่มชาลดการ

ดูดซึมธาตุเหล็กเมื่อดื่มพร้อมมื้ออาหาร สารแทนนินและโพลีฟีนอลในชาจะจับตัวกับธาตุเหล็กทั้งจากพืชและสัตว์ทำให้ร่างกายดูดซึมได้น้อยลง โดยเฉพาะธาตุเหล็กแบบ non-heme จากผักใบเขียวหรือธัญพืช[30]

การแทรกแซงนี้ยังช่วยปรับปรุงการปฏิบัติตามการเสริมธาตุเหล็กของผู้เข้าร่วม อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายได้จากจุดแข็งหลายประการ ได้แก่ การใช้ LINE application (ลูกแม่เศรษฐีปลอดภัยจากซีด) ช่วยลดภาระของบุคลากรและเวลาที่จะต้องนัดมาพบที่โรงพยาบาล การแทรกแซงนี้มีเนื้อหาครอบคลุมเพราะพิจารณาถึงอาหารหรือเครื่องดื่มที่ควรรับประทานร่วมกับอาหารเสริมธาตุเหล็ก เช่น ผลไม้ที่อุดมด้วยวิตามินซี ตลอดจนอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น กาแฟ ชา นม ร่วมกับการกินยาหรืออาหารเสริมธาตุเหล็ก[31] ทั้งหมดเป็นการกระตุ้นการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างจำเพาะ และยังสร้างความเข้าใจและตระหนักถึงการปฏิบัติตามในการกินยาและการกินอาหาร[32] และการถ่ายทอดการแทรกแซงผ่านทางมือถือซึ่งเนื้อหาของการแทรกแซงนี้ถูกนำเสนอในรูปแบบที่น่าสนใจและคำอธิบายที่ชัดเจนต่างจากการบรรยายด้วยการพูดคุยโดยเจ้าหน้าที่ ณ โรงพยาบาล สุดท้ายผู้เข้าร่วมยังถูกปิดบังข้อมูลเพื่อให้ผู้เข้าร่วมไม่ทราบเกี่ยวกับการแทรกแซงสามารถลดผลของ Hawthorne effect ได้

ข้อเสนอแนะ

แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นของ Hematocrit มีระดับสูงเพิ่มขึ้นตามลำดับ แต่เป็นการติดตามในระยะสั้นเท่านั้น ในการศึกษาครั้งถัดไปควรเพิ่มระยะเวลาเป็น 12 สัปดาห์หรือมากกว่านั้นเพื่อติดตามการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม และขยายการใช้เครื่องมือ LINE Application ซึ่งพิสูจน์ประสิทธิภาพในการเพิ่มการปฏิบัติยาต้านโลหิตจางการผสมผสานกับ antenatal care มาตรฐานจะช่วยส่งเสริมการดูแลมารดาที่มาฝากท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1.Nahrisah P, Somrongthong R, Viriyautsahakul N, Viwattanakulvanid P, Plianbangchang S.(2020). Effect of Integrated Pictorial Handbook Education and Counseling on Improving Anemia Status, Knowledge, Food Intake, and Iron Tablet Compliance Among Anemic Pregnant Women in Indonesia: A Quasi-Experimental Study. J Multidiscip Healthc. 2020;13:43-52.

2.Sunuwar DR, Singh DR, Chaudhary NK, Pradhan PMS, Rai P, Tiwari K.(2020). Prevalence and factors associated with anemia among women of reproductive age in seven South and Southeast Asian countries: Evidence from nationally representative surveys. PLoS One. 2020;15(8):e0236449.

3.Pinto VM, Cima R, Di Maggio R, Alga ML, Gigante A, Longo F, et al.(2025). Thalassemias and Sickle Cell Diseases in Pregnancy: SITE Good Practice. J Clin Med. 2025;14(3).

4.World Health Organization.(2016). WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2016.

5.Goh LPW, Chong ETJ, Lee PC.(2020). Prevalence of Alpha(alpha)-Thalassemia in Southeast Asia (2010-2020): A Meta-Analysis Involving 83,674 Subjects. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(20).

6.Taher AT, Musallam KM, Cappellini MD.(2021). beta-Thalassemias. N Engl J Med. 2021;384(8):727-743.

7.Obeagu GU, Obeagu EI.(2025). Complications of anemia in pregnancy: An updated overview for healthcare professionals. Medicine (Baltimore). 2025;104(35):e44246.

8.Chen Y, Zhong T, Song X, Zhang S, Sun M, Liu X, et al.(2024). Maternal anaemia during early pregnancy and the risk of neonatal outcomes: a prospective cohort study in Central China. BMJ Paediatr Open. 2024;8(1).

9.Shi H, Chen L, Wang Y, Sun M, Guo Y, Ma S, et al.(2022). Severity of Anemia During Pregnancy and

Adverse Maternal and Fetal Outcomes. JAMA Netw Open. 2022;5(2):e2147046.

10.Deneux-Tharaux C, Bonnet MP.(2020). Maternal and Perinatal Morbidity and Mortality Associated With Anemia in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2020;135(3):730.

11.Steer PJ.(2020). Maternal and Perinatal Morbidity and Mortality Associated With Anemia in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2020;135(3):731.

12.กระทรวงสาธารณสุข HDCH.(2567). ร้อยละของหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (Coverage). Available at: https://hdcservicemophgoth/hdc/reports/reportphp?source=pformated/format1php&cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c&id=9ed3d3e2961560d99f6ff49844c46235. 2567.

13.Obiekwu AL, Mbadugha CJ, Anetekhai CJ, Isife NG, Kotoye CO.(2020). Self-reported compliance with routine prenatal medications by pregnant women in a tertiary hospital in Enugu State, Nigeria. Eur J Midwifery. 2020;4:49.

14.Gebreamlak B, Dadi AF, Atnafu A.(2017). High Adherence to Iron/Folic Acid Supplementation during Pregnancy Time among Antenatal and Postnatal Care Attendant Mothers in Governmental Health Centers in Akaki Kality Sub City, Addis Ababa, Ethiopia: Hierarchical Negative Binomial Poisson Regression. PLoS One. 2017;12(1):e0169415.

15.Ewunetie AA, Munea AM, Meselu BT, Simeneh MM, Meteku BT.(2018). DELAY on first antenatal care visit and its associated factors among pregnant women in public health facilities of Debre Markos town, North West Ethiopia. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18(1):173.

16.Gidey G, Hailu B, Nigus K, Hailu T, W GH, Gerensea H.(2017). Timing of first focused antenatal care booking and associated factors among pregnant mothers who attend antenatal care in Central Zone, Tigray, Ethiopia. BMC Res Notes. 2017;10(1):608.

17.Manjavidze T, Rylander C, Skjeldestad FE, Kazakhashvili N, Anda EE.(2020). The impact of antenatal care utilization on admissions to neonatal intensive care units and perinatal mortality in Georgia. PLoS One. 2020;15(12):e0242991.

18.Tolossa T, Fekadu G, Mengist B, Mulisa D, Fetensa G, Bekele D.(2020). Impact of antenatal care on neonatal mortality among neonates in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. Arch Public Health. 2020;78(1):114.

19.Ahamed F, Yadav K, Kant S, Saxena R, Bairwa M, Pandav CS.(2018). Effect of directly observed oral iron supplementation during pregnancy on iron status in a rural population in Haryana: A randomized controlled trial. Indian J Public Health. 2018;62(4):287-293.

20.Harris S, Merfeld J, Kane S.(2025). Screening and Supplementation for Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia During Pregnancy. Am Fam Physician. 2025;112(2):213-214.

21.Kranke P, Surbek D, Achebe MO.(2025). USPSTF Recommendation Statement About Screening and Supplementation for Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia During Pregnancy. JAMA. 2025;333(8):723-724.

22.Nicholson WK, Davis EM, Silverstein M.(2025). USPSTF Recommendation Statement About Screening and Supplementation for Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia During Pregnancy-Reply. JAMA. 2025;333(8):724-725.

23.Abd Rahman R, Idris IB, Md Isa Z, Abd Rahman R.(2022). The effectiveness of a theory-based intervention program for pregnant women with anemia: A randomized control trial. PLoS One. 2022;17(12):e0278192.

24.(Internet) mfN-BlB. ITU-D DIGITAL SERVICES AND APPLICATIONS. Available from: https://wwwituint/en/ITU-D/ICT-Applications/Pages/mhealth-for-ncd-behealthy-bemobileaspx

(accessed 13th June, 2024).

25.Dewi A, Wirasto A, Dewi TS.(2023). The Use of Mobile-phone Applications to Improve the Compliance of Pregnant Women to Take Iron Tablets: A Systematic Review. Research Square. 2023; https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3023111/v1.

26.Sharma S, Smitha MV, Balakrishnan D.(2023). Telephonic intervention to combat non-adherence to oral iron-folic acid supplementation in pregnancy: A randomized controlled trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X. 2023;20:100235.

27.โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ ก.(2567). รายงานกลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ ประจำปีงบประมาณ 2566. โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ 2567.

28.Fatthy A, Ezzat N.(2020). A Smartphone-Based Health Behavioral Intervention for Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia Egyptian Journal of Health Care. 2020;11(2): 1163-1176.

29.Khorshid MR, Afshari P, Abedi P.(2014). The effect of SMS messaging on the compliance with iron supplementation among pregnant women in Iran: a randomized controlled trial. J Telemed Telecare. 2014;20(4):201-206.

30.Lazrak M, El Kari K, Stoffel NU, Elammari L, Al-Jawaldeh A, Loechl CU, et al.(2021). Tea Consumption Reduces Iron Bioavailability from NaFeEDTA in Nonanemic Women and Women with Iron Deficiency Anemia: Stable Iron Isotope Studies in Morocco. J Nutr. 2021;151(9):2714-2720.

31.Gibore NS, Ngowi AF, Munyogwa MJ, Ali MM.(2021). Dietary Habits Associated with Anemia in Pregnant Women Attending Antenatal Care Services. Curr Dev Nutr. 2021;5(1):nzaa178.

32.Zhang J, Li Q, Song Y, Fang L, Huang L, Sun Y.(2022). Nutritional factors for anemia in pregnancy: A systematic review with meta-analysis. Front Public Health. 2022;10:1041136.

โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ บ้านสันติสุข ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

The health literacy promotion program in changing exercise behavior among the elderly in Ban Santisuk, Bak Dong Subdistrict, Khun Han District, Sisaket Province.

(Received: March 7,2026 ; Revised: March 12,2026 ; Accepted: March 17,2026)

วารี นันทสิงห์[1] จุฑามาศ แก้วจันด่[2]
Waree Nantasing [1] Chuthamat Kaewchandee[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุบ้านสันติสุข ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดีในหมู่บ้านสันติสุข ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดีในหมู่บ้านทับทิมสยาม 07 ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานใช้ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ทักษะด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการโต้ตอบและซักถามเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean=20.13; SD=4.02) (Mean=19.51; SD=4.22) (Mean=19.71; SD=4.62) (Mean=19.95; SD= 4.57) (Mean=20.34; SD=4.12) ตามลำดับ ซึ่งหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการออกกำลังกาย

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a health literacy promotion program in changing exercise behavior among the elderly in Ban Santisuk, Bak Dong Subdistrict, Khun Han District, Sisaket. The sample group consisted of older adults who were able to care for themselves. The experimental group included 40 participants from Ban Santisuk, while the comparison group consisted of 40 older adults from Ban Thapthim Siam 07, Bak Dong Subdistrict, Khun Han District, Sisaket Province.The intervention tool was a health literacy promotion program in changing exercise behavior among the elderly, implemented over a 12-week period from July to September 2025. Data were collected before and after the experiment using questionnaires. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were employed, while inferential statistics were analyzed using the Independent t-test.

[1] สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
[2] สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ Correspondence author: chuthamat.k@sskru.ac.th

The results revealed that, before the intervention, there were no significant differences between the experimental and comparison groups. After the intervention, the experimental group showed improvements in five areas: 1) skills in accessing health information and services, 2) knowledge and understanding of health, 3) interactive communication and inquiry skills, 4) decision-making skills for appropriate health practices, and 5) behavioral modification skills for healthy exercise. These were all at a high level (mean = 20.13, SD = 4.02; mean = 19.51, SD = 4.22; mean = 19.71, SD = 4.62; mean = 19.95, SD = 4.57; mean = 20.34, SD = 4.12, respectively). After the experiment, the experimental group had significantly higher mean scores than before the experiment and higher than those of the comparison group (p-value < 0.05).
Keywords: Elderly, Health literacy, Exercise behavior

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แนวโน้มของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก จำนวนและสัดส่วนมีการเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว ทำให้โครงสร้างประชากรในปัจจุบันก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) คาดการณ์ไปในอนาคต พบว่าปี 2573 มีแนวโน้มที่จะอยู่ในระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) นั่นคือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี2583 จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศไทยอยู่ในระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super-aged society) (มากกว่าร้อยละ 28)[1]

ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ ซึ่งพบปัญหาสุขภาพ ได้แก่ 1) โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคข้อเสื่อม[2] 2) ปัญหาการเคลื่อนไหวและการทำงานประจำวัน ปัญหาการเคลื่อนไหว เช่น ข้อเสื่อม ข้อเข่าเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน[3] 3) ปัญหาทางสายตาและการได้ยิน[4] 4) ปัญหาสุขภาพจิต ผู้สูงอายุอาจประสบปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากการขาดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย[5] 5) ปัญหาการขาดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ผู้สูงอายุบางคนอาจขาดการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากข้อจำกัดทางการเงิน การเดินทาง หรือการขาดความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ[6] 6) ปัญหาโภชนาการ ผู้สูงอายุอาจประสบปัญหาทางโภชนาการ และ 7) ปัญหาการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวอาจไม่เพียงพอ ทำให้ผู้สูงอายุขาดการสนับสนุนที่เหมาะสมจากครอบครัวและชุมชน[5]

จากสถานการณ์ปัญหาในผู้สูงอายุดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ปัญหาหลักๆ จะเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุบางส่วน ยังเป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง จะเห็นได้ว่า การการออกกำลังกายเป็นส่วนสำคัญของการรักษาสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในชนบทมักขาดความรู้และการสนับสนุนที่เพียงพอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ทำให้ประสบปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวและการทำงานประจำวัน จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่า ผู้สูงอายุในบ้านสันติสุข ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ มีอัตราการออกกำลังกายที่ต่ำและมีปัญหาสุขภาพหลายประการ เช่น โรคข้อเสื่อม ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน สถานการณ์ปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการทำงานประจำวันของผู้สูงอายุในหมู่บ้านสันติสุข ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษปัญหาที่พบได้บ่อย ได้แก่ 1) โรคข้อเสื่อมและ

ข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุจำนวนมากมีปัญหาโรคข้อเสื่อมและข้อเข่าเสื่อม ซึ่งทำให้การเคลื่อนไหวเช่น การเดิน การขึ้นลงบันได และการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ เป็นเรื่องยากลำบากและเจ็บปวด ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต[1] 2) กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ทำให้เกิดความยากลำบากในการทำงานประจำวัน เช่น การยกของหนัก การนั่งและลุกจากที่นั่ง ซึ่งส่งผลให้การใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น[4] 3) การขาดการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในหมู่บ้านสันติสุข ผู้สูงอายุมักขาดการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็น ทำให้ไม่ได้รับการรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลให้สภาพร่างกายของผู้สูงอายุเสื่อมสภาพลงเร็วขึ้น[7] และ 4) การขาดการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุในพื้นที่นี้มักขาดความรู้และการสนับสนุนในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยรักษาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว การขาดการออกกำลังกายทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพอื่นๆ[1] ทำการศึกษา การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุจำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 60 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมการเรียนรู้เชิงรุก ประกอบด้วยการอบรมและกิจกรรมที่มุ่งเน้นการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต และการส่งเสริมการออกกำลังกาย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม พฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น สมรรถภาพทางกายที่เพิ่มขึ้น[8] จะเห็นได้ว่าการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความหลากหลายครอบคลุมในหลายๆ มิติของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจสภาพปัญหาและทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ เพื่อใช้สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดีในหมู่บ้านสันติสุข ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ การที่ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีมีความสำคัญอย่างมาก เพราะนอกจากจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้ว ยังลดภาระในการดูแลของครอบครัวและสังคมอีกด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุบ้านสันติสุข ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อนำผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ไปออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ การศึกษานี้ยังช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม อันเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดภาระทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุบ้านสันติสุข ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ดำเนินการช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือน กันยายน 2568 ซึ่งมีรายละเอียดวิธีการดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดีในหมู่บ้านสันติสุข ตำบลบัก

ดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 77 คน[9] จะเป็นกลุ่มที่ได้รับการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุและพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้แบบสอบถาม (Pre-test) และภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการทดลองใช้รูปแบบฯ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถาม (Post-test) ส่วนกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Sample Size Calculators[10]) โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) 0.80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect Size) ที่ 0.50 ได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 33 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในกลุ่มตัวอย่าง (Acceptable error)[11] ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มละ 40 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดังนี้

(1) กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดีในหมู่บ้านสันติสุข ซึ่งได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 40 คน

(2) กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดีในหมู่บ้านทับทิมสยาม 07 ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 40 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งกลุ่มควบคุมนี้มีลักษณะทางประชากรและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมนี้จะดำเนินกิจวัตรประจำวันตามปกติ

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ พักอาศัยในพื้นที่มาแล้ว ไม่น้อยกว่า 3 เดือน 2) สามารถสื่อสารได้ดี เข้าใจและสามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้ และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) 1) พิการ เสียชีวิต ในระหว่างการทดลองและไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดทั้งโครงการวิจัย 2) มีภาวะสุขภาพทางจิตหรือภาวะซึมเศร้า 3) มีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันอุดตันเส้นเลือด ที่มีอาการที่เป็นอุคสรรคในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ 4) มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พูดคุยไม่รู้เรื่อง ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองไม่ได้ ในระหว่างการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุบ้านสันติสุขฯ ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังแสดงในภาพที่ 1 และรายละเอียดในภาพที่ 2 โดย

X หมายถึง การเข้าร่วม และได้รับการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย X1-X12 ดังนี้

Y หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมดำเนินกิจวัตรประจำวันตามปกติ

X1 หมายถึง กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1

X2 หมายถึง กิจกรรมสัปดาห์ที่ 3-4 ครั้งที่ 2

X3 หมายถึง กิจกรรมสัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 3

X4 หมายถึง กิจกรรมสัปดาห์ที่ 8-12 ครั้งที่ 4

X12 หมายถึง กิจกรรมสัปดาห์ที่ 12 สรุปกิจกรรม

O1, O3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

O2, O4 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

S หมายถึง กิจกรรมชักนำสู่การปฏิบัติ โทรศัพท์กระตุ้นเตือน วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ดูแลทางโทรศัพท์และส่งข้อความไลน์เพื่อสอบถามปัญหาในการออกกำลังกาย ผู้วิจัยให้คำชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตนได้เหมาะสม ให้คำแนะนำ และกำลังใจในการปฏิบัติการออกกำลัง

กาย และการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างในครั้งต่อไป

2) แบบสอบถาม

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมิน โดยใช้ (IOC : Index of Item Objective Congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.92 ถือว่ามีความสอดคล้อง วิผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแล้วไปทดสอบเครื่องมือกับนักศึกษาในคณะใกล้เคียง จำนวน 30 คน โดยหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient)[12] ได้ค่าเท่ากับ 0.88 ถือว่ามีความเหมาะสม

3. วิธีการเก็บข้อมูล

1) ขอหนังสือจากคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ เพื่อขอความร่วมมือและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

2) ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบักดอง เพื่อขอความอนุเคราะห์และชี้แจงขั้นตอนดำเนินการวิจัย

3) ประสานงานกับผู้ใหญ่บ้านสันติสุข หมู่ 13 เพื่อขอความอนุเคราะห์และชี้แจงขั้นตอนดำเนินการวิจัย และประสานงานกับผู้ใหญ่บ้านทับทิมสยาม 07 หมู่ 15 เพื่อขอความอนุเคราะห์และชี้แจงขั้นตอนในการเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบ

4) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจ แล้วกลุ่มตัวอย่างลงนามยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

5) ขั้นดำเนินการตามโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุบ้านสันติสุข ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

6) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติและแปรผลการศึกษาวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วนตามชนิดของข้อมูล และระบุสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05

5. จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ดำเนินการศึกษาหลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ เลขที่ HE681003 วันที่รับรอง 10 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ในกลุ่มทดลอง พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 อายุเฉลี่ย 69.22 ปี (SD= 2.33) สถานภาพหม้าย/หย่า

ร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 62.5 อาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 62.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,569.22 บาท (SD= 221.33) พักอาศัยกับลูก/หลาน ร้อยละ 37.5 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.5 และมีปัญหาสุขภาพ พบมากที่สุดคือ ปวดขา/เอว/หลัง/เข่า ร้อยละ 87.5 ส่วนลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 อายุเฉลี่ย 68.68 ปี (SD= 2.45) สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 60.0 อาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 62.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 45,48.68 บาท (SD= 202.45) พักอาศัยกับลูก/หลาน ร้อยละ 40.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.5 และมีปัญหาสุขภาพ พบมากที่สุดคือ ปวดขา/เอว/หลัง/เข่า ร้อยละ 85.0

2. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ทักษะด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการโต้ตอบและซักถามเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean=20.13; SD=4.02), (Mean =19.51; SD=4.22), (Mean =19.71; SD=4.62), (Mean =19.95; SD= 4.57), (Mean =20.34; SD=4.12) ส่วนทักษะการบอกต่อและการสะท้อนคิดข้อมูลสุขภาพ และพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean =12.30; SD=4.81), (Mean =25.51; SD=8.12) ตามลำดับ ซึ่งหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การเปรียบเทียบ	n	Mean	S.D.	ระดับ	$\hat{d}$	t	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ							
ด้านที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ							
กลุ่มทดลอง	40	20.13	4.02	สูง	2.68	2.224	0.007*
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	17.16	4.31	ปานกลาง			
ด้านที่ 2 ทักษะด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ							
กลุ่มทดลอง	40	19.51	4.22	สูง	0.97	0.652	0.022*
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	18.11	4.62	ปานกลาง			
ด้านที่ 3 ทักษะการโต้ตอบและซักถามเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านการสื่อสารในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ							
กลุ่มทดลอง	40	19.71	4.62	สูง	1.46	1.129	0.041*
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	18.14	4.27	ปานกลาง			

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การเปรียบเทียบ	n	Mean	S.D.	ระดับ	$\hat{d}$	t	p-value
ด้านที่ 4 ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องตามหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุและการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพและความสะดวกสบายของตนเอง							
กลุ่มทดลอง	40	19.95	4.57	สูง	2.24	0.933	0.003*
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	17.62	4.81	ปานกลาง			
ด้านที่ 5 ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น							
กลุ่มทดลอง	40	20.34	4.12	สูง	1.62	1.255	0.025*
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	18.22	4.55	ปานกลาง			
ด้านที่ 6 ทักษะการบอกต่อและการสะท้อนคิดข้อมูลสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ							
กลุ่มทดลอง	40	12.30	4.81	ปานกลาง	0.81	0.628	0.044*
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	10.99	4.64	ต่ำ			
พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ							
กลุ่มทดลอง	40	25.51	8.12	ปานกลาง	3.87	2.145	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	21.23	8.16	ต่ำ			

* p-value< 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุบ้านสันติสุข ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ มีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value< 0.05) โดยสามารถอภิปรายผลได้ตามประเด็นสำคัญ ดังนี้

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุในบ้านสันติสุขส่วนใหญ่มีระดับการออกกำลังกายต่ำ และประสบปัญหาสุขภาพ เช่น โรคข้อเสื่อม ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวันลดลง อีกทั้งยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายและวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย สาเหตุที่ได้ผลการวิจัยเช่นนี้ อาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ ข้อจำกัดด้านสุขภาพทางกายและสภาวะโรคประจำตัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชุมชนมีปัญหาโรคข้อเสื่อม กล้ามเนื้ออ่อนแรง และโรคเรื้อรัง ซึ่งส่งผลให้เกิดความกลัวหรือความไม่มั่นใจในการออกกำลังกาย เนื่องจากเกรงว่าจะเกิดอาการเจ็บหรืออุบัติเหตุ การมีโรคประจำตัวทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ใช้แรงมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย การศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยด้านสุขภาพและอาการเจ็บป่วยมีอิทธิพลโดยตรงต่อความถี่และระยะเวลาการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เนื่องจากผู้สูงอายุในพื้นที่ยังเข้าใจว่า “การทำงานบ้านหรือทำสวน” คือการออกกำลังกาย ซึ่งสะท้อนถึงความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายที่ส่งผลต่อสุขภาพ การขาดข้อมูลสุขภาพที่ชัดเจนและการขาดสื่อสุขศึกษาในพื้นที่ทำให้การรับรู้ต่อประโยชน์ของการออกกำลังกายมีจำกัด[13] ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ โดยเฉพาะด้านการประเมินและการใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลตนเอง

ด้านอิทธิพลของสภาพแวดล้อมและบริบทชุมชน พบว่า พื้นที่บ้านสันติสุขมีลักษณะกึ่งชนบท การเข้าถึงพื้นที่ออกกำลังกายหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพยังมีจำกัด และขาดโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย เช่น สนามชุมชนหรือชมรมผู้สูงอายุ[14] ผลนี้สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในชุมชนชนบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐาน ด้านปัจจัยด้านจิตใจและแรงจูงใจผู้สูงอายุจำนวนมากมองว่าการออกกำลังกายไม่จำเป็นเพราะ “แก่แล้วไม่ต้องออกกำลังมาก” ซึ่งสะท้อนถึงทัศนคติที่ไม่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพในวัยปลาย การขาดแรงจูงใจส่วนบุคคลเป็นอุปสรรคสำคัญในการเริ่มต้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[15] สอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model ที่อธิบายว่าการรับรู้ถึงประโยชน์และโอกาสเสี่ยงต่อโรคเป็นตัวแปรหลักในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ[16]

ผลการประเมินโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุบ้านสันติสุข ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

ด้านที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง (mean=20.13; 4.02) ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05 เนื่องจากเนื่องจากโปรแกรมเน้นการจัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม เช่น การสาธิต การใช้สื่อสุขภาพที่เข้าใจง่าย และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้ผู้เข้าร่วมรู้จักแหล่งข้อมูลสุขภาพและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น ผลนี้สอดคล้องกับ Nutbeam ที่อธิบายว่า “การมีส่วนร่วมในการเรียนรู้” เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะทักษะการเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ[17]

ด้านที่ 2 ทักษะด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง (mean=19.51; 4.22) ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05 แสดงถึงการได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์และวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ซึ่งเกิดจากกิจกรรมให้ความรู้แบบเชิงปฏิบัติ เช่น การฝึกท่าทาง การอธิบายเหตุผลทางสรีรวิทยา และการทบทวนเนื้อหาผ่านสื่อภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจง่ายและจดจำได้ดี ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยจัยที่ระบุว่าการให้ความรู้ผ่านกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ช่วยเพิ่มความเข้าใจด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

ด้านที่ 3 ทักษะการโต้ตอบและซักถามเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านการสื่อสารในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (mean=19.71; 4.62) ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05[18] ผลคะแนนที่เพิ่มขึ้นสะท้อนว่าผู้สูงอายุมีความกล้าในการสื่อสาร ซักถาม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์มากขึ้น เนื่องจากโปรแกรมใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย (small group discussion) และการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน (peer learning) ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยและกล้าแสดงความคิดเห็น ด้านที่ 4 ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องตามหลักการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุและการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพและความสะดวกสบายของตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง (mean=19.95; 4.57) ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05 เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการฝึกวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ วิดีโอ และข้อมูลออนไลน์ที่เจ้าหน้าที่คัดสรรให้เหมาะกับวัย การรู้เท่าทันสื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องตามหลักสุขภาพได้ ด้านที่ 5 ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง (mean=20.34; 4.12) ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05 สะท้อนว่าผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน โปรแกรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เช่น “ออกกำลังกายร่วมกับ อสม.” และ “การเดินเพื่อสุขภาพตอนเช้า” ทำให้เกิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ยั่งยืนตามแนวคิดของ Kolb[19] และด้านที่ 6 ทักษะการบอกต่อและการสะท้อนคิดข้อมูลสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง (mean=12.30; 4.81) ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05 แม้คะแนนเฉลี่ยจะอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเริ่มเกิดการสะท้อนคิดและสามารถถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่นได้บ้าง ซึ่งเป็นระดับสูงของการเรียนรู้ตามแนวคิด Bloom’s Taxonomy ที่แสดงถึงการนำความรู้ไปใช้และเผยแพร่ต่อในชุมชน

การวิเคราะห์พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (mean=25.51; SD=8.12) ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05. ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น การออกกำลังกายของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเนื่องจากการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมกลุ่ม ครอบครัว และ อสม. รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย เช่น ลานออกกำลังกายชุมชน ผลนี้สอดคล้องกับแนวคิด Social Support Theory ที่ระบุว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว[20] ผลนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแบบกลุ่มในผู้สูงอายุทำให้พฤติกรรมการออกกำลังกายและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการทดลอง[21]

กล่าวโดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนถึงปัญหาเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับทั้งปัจจัยส่วนบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม การขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในชุมชน และโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มทั้งความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ และการปรับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2009) ที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงโดยตรงกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก โปรแกรมนี้จึงสามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนทั้งในด้านสุขภาพกายและสุขภาวะทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

1) หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรนำผลจากการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยจัดทำโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เน้น “การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ” และ “การมีส่วนร่วมของชุมชน” เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ อสม. ควรจัดอบรมเสริมทักษะด้านการสื่อสารสุขภาพและการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อให้สามารถเป็นพี่เลี้ยงหรือผู้ถ่ายทอดความรู้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) หน่วยงานด้านการศึกษาและสาธารณสุขจังหวัด ควรสนับสนุนการขยายผลของโปรแกรมนี้ไปยังชุมชนอื่นๆ โดยบูรณาการกับนโยบาย “ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ” หรือ “โรงเรียนผู้สูงอายุ”

2. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1) การประเมินผลในระยะยาว ควรดำเนินการติดตามผู้เข้าร่วมอย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรมการออกกำลังกายและผลต่อสุขภาพในระยะเวลา 6 เดือนถึง 1 ปี หลังจบโปรแกรม

2) การวิจัยในอนาคต ควรศึกษาปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ เช่น บทบาทของครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อน และค่านิยมทางวัฒนธรรมในชุมชนชนบท เพื่อพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่มากยิ่งขึ้น

3) ควรพัฒนา สื่อสุขภาพดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันสำหรับผู้สูงอายุ ที่ใช้งานง่าย

3. ข้อเสนอแนะต่อชุมชนและผู้สูงอายุ

1) ควรจัดตั้ง “ชมรมผู้สูงอายุสุขภาพดี” ในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อให้เป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้และออกกำลังกายร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

2) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมแล้วเป็น ผู้นำต้นแบบด้านสุขภาพ (Health Leader) เพื่อขยายองค์ความรู้สู่เพื่อนผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ

3) ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย.(2566). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย.
2. National Health Security Office.(2022). Access to healthcare services among the elderly. Bangkok: NHSO.
3. Department of Health.(2023). Health issues among the elderly in rural Thailand. Bangkok: Department of Health Publishing.
4. World Health Organization.(2021). Global report on ageism. Geneva: WHO.
5. Mental Health Thailand.(2023). Mental health challenges in the elderly population. Bangkok: Mental Health Thailand.
6. National Health Security Office.(2022). Access to healthcare services among the elderly. Bangkok: NHSO.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2565). การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
8. Kobayashi K, Kondo K.(2017). The effectiveness of an active learning program in promoting health literacy, lifestyle behaviors, physical function, and mental health among older adults. Gerontology 2017;67(1):25–35.

9. เขตสุขภาพที่ 10.(2567). ข้อมูล 3 หมอ รายงานข้อมูลตำบลบักดอง. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 9 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_village?region=10&prov
10. University of California San Francisco.(2021). Sample Size Calculators for designing clinical research. [online]. [cited 2021 September 10]; Available from: https://sample-size.net/; 2021.
11. Krejcie RV, Morgan DW.(1970). Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30(3):607–10.
12. Cronbach LJ.(1984). Essential of psychology testing. 4th ed. New York: Harper & Row; 1984.
13. อัญชลี แสงเดือน.(2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารสาธารณสุขชุมชน 2563;27(2):45–56.
14. สุภาพร ศิริวัฒนกุล.(2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 2562;6(1):72–85.
15. World Health Organization.(2018). Physical activity factsheet for older adults. Geneva: WHO; 2018.
16. Rosenstock IM.(1974). The health belief model and preventive health behavior. Health Educ Monogr 1974;2(4):354–86.
17. Nutbeam D.(2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? Int J Public Health 2009;54(5):303–5.
18. พัชรินทร์ โพธิ์ชัย.(2563). การส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาความเข้าใจด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2563;38(2):54–66.
19. Kolb DA.(1984). Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1984.
20. Cohen S, Syme SL.(1985). Social support and health. New York (NY): Academic Press; 1985.
21. อภิญญา ทิพยานนท์.(2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2563;34(1):75–88.

การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

The Development of a Behavioral Model for Dietary Restraint to Control Hypertension among Individuals with High Blood Pressure through the Participatory Engagement of Health Networks in Mueang Chonburi District Chonburi Province.

(Received: March 7,2026 ; Revised: March 12,2026 ; Accepted: March 17,2026)

ณัทณพงศ์ พีรภัคพงศ์[1] คัทคนา บำรุงสุข[1]
Nattanapong Peerapakpong [1] Katkana Bamrungsuk[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 2) พัฒนารูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และ 3) ประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพและชุมชนอำเภอเมืองชลบุรีที่พัฒนาขึ้น การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 60 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามมาตรประมาณค่า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired Samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร คะแนนความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่าดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตทั้งค่าบนและค่าล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภายหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การยั้งคิด, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, โรคความดันโลหิตสูง, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, เครือข่ายสุขภาพอำเภอ

Abstract

This participatory action research aimed to: (1) examine the problems and care needs of patients with hypertension in Mueang Chonburi District, Chonburi Province; (2) develop an inhibitory control–based dietary behavior model for blood pressure control through the participation of district-level health networks; and (3) evaluate the effectiveness of the developed inhibitory control–based dietary behavior promotion model implemented with the participation of health networks and the community in Mueang Chonburi District. This research was Participatory Action Research (PAR) framework. Sample size were 60 patients with uncontrolled hypertension. Data were collected using rating-scale questionnaires and analyzed using descriptive statistics, while differences in mean scores before and after implementation were examined using paired-samples t-tests.

The findings revealed that: after implementation of the model, participants demonstrated significantly higher scores in inhibitory control–based dietary behaviors, dietary health literacy, and appropriate dietary consumption behaviors ($p < .05$). In addition, body mass index and both systolic and diastolic blood pressure levels significantly decreased ($p < .05$). Health network participation after the intervention was also significantly higher than before the intervention ($p < .05$).

Keywords: inhibitory control, dietary behavior, hypertension, participatory action research, district health network

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะในประชากรวัยทำงานและวัยผู้ใหญ่อายุ 35–59 ปี ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังทำให้เกิดการหนาตัวและแข็งตัวของผนังหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการของประชากรโลก[1] ข้อมูลจาก World Health Organization ระบุว่า ในประชากรอายุ 30–79 ปี จาก 182 ประเทศทั่วโลก จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 650 ล้านคนในปี ค.ศ. 1990 เป็น 1,280 ล้านคนในปี ค.ศ. 2019 หรือเพิ่มขึ้นเกือบ ร้อยละ 97 ภายในระยะเวลา 30 ปี และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2570 จะมีผู้ใหญ่ทั่วโลกเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.56 พันล้านคน และเสียชีวิตจากโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องประมาณ 4 ล้านคนต่อปี สะท้อนถึงภาระโรคที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อระบบสุขภาพและเศรษฐกิจในระดับโลก[1,2] ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 25 ปีขึ้นไปอยู่ในช่วง ร้อยละ 20–30 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 15 ต่อปี โดยมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนเฉลี่ยมากกว่า 1.5 ล้านคนต่อปี ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง และการพึ่งพาอาหารแปรรูปมากขึ้น[1]

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP) เพิ่มขึ้นจาก 115.3 มิลลิเมตรปรอท ในปี พ.ศ. 2535 เป็น 121.8 มิลลิเมตรปรอท ในปี พ.ศ. 2557 โดยในเพศชายเพิ่มจาก 116.9 เป็น 124.4 มิลลิเมตรปรอท และในเพศหญิงเพิ่มจาก 113.7 เป็น 119.4 มิลลิเมตรปรอท ขณะเดียวกัน ความชุกของโรคในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มจาก ร้อยละ 17.0 เป็น ร้อยละ 24.7 ในช่วงเวลาเดียวกัน[3] สถานการณ์ดังกล่าวนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคไตเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการลดลงของคุณภาพชีวิต[4] แม้แนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยจะเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กับการใช้ยา โดยเฉพาะการควบคุมอาหาร การลดโซเดียม และการจัดการน้ำหนักตัว แต่ในทางปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการบริโภคอาหารเค็ม อาหารไขมันสูง และอาหารแปรรูป ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) และระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์[5,6] ในเชิงกลไก พฤติกรรมการบริโภคอาหารเกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัสซึ่งทำหน้าที่ควบคุมความหิวและความอิ่ม อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีภาวะอ้วนหรือโรคความดันโลหิตสูงมักเกิดภาวะดื้อฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความอิ่ม ส่งผลให้ควบคุมการบริโภคอาหารได้ยากขึ้น[7,8] ดังนั้น การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจึงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการการกำกับตนเอง (Self-regulation) และ การยั้งคิด (Inhibitory control) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการทำงานด้าน Executive Function เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าได้อย่างยั่งยืน[9,10] ในระดับนโยบาย ประเทศไทยได้บรรจุการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการเข้าถึง วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ[11] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาพบว่าการใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพียงอย่างเดียว แม้จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะสั้น แต่ผลลัพธ์ในระยะยาวยังไม่คงอยู่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุที่มี

ข้อจำกัดด้านการเรียนรู้และการทำงานของสมอง [12,13,14]

สำหรับจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดเมืองอุตสาหกรรมในเขตสุขภาพที่ 6 พบแนวโน้มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ระบุว่า อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 เท่ากับ 1,131.36, 1,091.22 และ 1,358.59 ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีอยู่ที่เพียง ร้อยละ 29.50, 33.38 และ 36.03 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดไว้ร้อยละ 60 โดยเฉพาะในอำเภอเมืองชลบุรี พบอัตราป่วยเพิ่มจาก 758.11 เป็น 874.50 ต่อแสนประชากร และสัดส่วนผู้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีลดลงจากร้อยละ 22.86 เหลือร้อยละ 19.60 [15] จากสภาพปัญหาและช่องว่างดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบ พฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการกำกับตนเอง และการยั้งคิด อันจะนำไปสู่การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในบริบทพื้นที่จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองชลบุรี

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพและชุมชนอำเภอเมืองชลบุรี

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพและชุมชนอำเภอเมืองชลบุรีที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)

1. ประชากร ในการวิจัยการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย

1.1. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 2,750 คน/ เครือข่ายสุขภาพในอำเภอเมืองชลบุรี ได้แก่ แพทย์ 2 คน พยาบาล 20 คน/ นักวิชาการสาธารณสุข 20 คน/ ครอบครัวผู้เป็นความดันโลหิตสูง 1,572 คน/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3,026 คน/ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 21 คน รวมทั้งสิ้น 7,411 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 60 คน

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (Essential/Primary Hypertension) และมีอายุระหว่าง 30-60 ปี 2) มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการนัดติดตามอย่างน้อย 2–3 ครั้งล่าสุด สูงกว่าเกณฑ์ควบคุมตามแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท 3) ขึ้นทะเบียนรักษาและรับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพในอำเภอเมืองชลบุรีอย่างต่อเนื่อง 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และเข้าใจคำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัย 5) มีศักยภาพ

ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการได้ครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก 1) มีโรคร่วมในระยะรุนแรงที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมในระหว่างการวิจัย เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพิการชัดเจน 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้สำหรับเก็บข้อมูลความคิดเห็นของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และเครือข่ายสุขภาพในอำเภอเมืองชลบุรี ครอบคลุมประเด็นศึกษาจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้เป็นความดันโลหิตสูง 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4) การยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารและ 5) ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ในการควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach[16] แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.83

2. รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี มีความเหมาะสมของรูปแบบโดยมีเกณฑ์แปลผลตาม Borg & Gall[17] ทุกด้านมีระดับความเหมาะสมมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.91 คะแนน

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง มีด้วยกัน 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก/ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รูปแบบการรักษาหลักและโรคร่วมสำคัญ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ คำถามที่ประยุกต์ขึ้นจากแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) [18] การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร ใช้เกณฑ์การแปลความตามแนวคิดของ Best[19] โดยแบ่งระดับค่าเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบบสอบถามมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach[16] แบบสอบถามพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.84

4. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีด้วยกัน 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 ข้อ คำถามที่ประยุกต์ขึ้นจากแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale)[18] การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร ใช้เกณฑ์การแปลความตามแนวคิดของ Best[19] โดยแบ่งระดับค่าเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 26 ข้อคำถามที่ประยุกต์ขึ้นจากแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) [18] การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ใช้เกณฑ์การแปลความตามแนวคิดของ Best[19] โดยแบ่ง

ระดับค่าเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบบสอบถามมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach[16] แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.80

5. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ มีด้วยกัน 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สถานภาพ/บทบาทในเครือข่ายสุขภาพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานหรือมีบทบาทด้านสุขภาพในพื้นที่ ประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 15 ข้อคำถามที่ประยุกต์ขึ้นจากแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) [18] การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ใช้เกณฑ์การแปลความตามแนวคิดของ Best[19] โดยแบ่งระดับค่าเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบบสอบถามมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach[16] แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.82

6. แบบบันทึกการถอดบทเรียนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) ประกอบด้วย สิ่งที่ตั้งใจจะทำ สิ่งที่เกิดขึ้นจริง จุดแข็งหรือสิ่งที่ทำได้ดี ปัญหา อุปสรรค หรือข้อจำกัด บทเรียนที่ได้รับและแนวทางปรับปรุง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1 ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2 ข้อมูลระดับพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร ระดับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับความดันโลหิต และ BMI โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3 การเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบแบบกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กัน (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรผลลัพธ์ ได้แก่ พฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการนำรูปแบบไปใช้

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุม การสังเกต การสนทนากลุ่มและข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของผู้ทรงคุณวุฒิ สรุปสาระสำคัญที่ได้จากการดำเนินกิจกรรม โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหาพิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงธีม (Thematic Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้รับการรับรองจริยธรรมเลขที่ 120/2567 รับรองวันที่ 25 ธันวาคม 2567 หมดอายุวันที่ 24 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง

การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง พัฒนาขึ้นตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ขั้นที่ 2 การวางแผนร่วมกัน (Plan) ขั้นที่ 3 การปฏิบัติ (Action) ขั้นที่ 4 การสังเกต (Observation) และขั้นที่ 5 การสะท้อนผล (Reflection) บนพื้นฐานการออกแบบกิจกรรมการฝึกตามแบบจำลองของบาร์คลีย์ (Barkley) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam ได้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง CIC-HT Model (Chonburi Participatory Inhibitory Control–Dietary Behavior Model for Hypertension Control (CIC-HT Model) โดยมีรายละเอียดดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 CIC-HT Model (Chonburi Participatory Inhibitory Control–Dietary Behavior Model for Hypertension Control (CIC-HT Model)

ผลการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้เป็นความดันโลหิตสูงในการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.70) รองลงมาเป็นเพศชาย (ร้อยละ 38.30) โดยมีอายุเฉลี่ย 46.00 ปี (SD = 7.69) ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41–50 ปี (ร้อยละ 41.70) และ 51–60 ปี (ร้อยละ 31.70) ในด้านภาวะโภชนาการกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ย 63.92 กิโลกรัม (SD = 6.94) และมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.51 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD = 4.21) โดยส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงน้ำหนักเกินและอ้วน (BMI ≥ 23.0 กก./ม²) รวมกันคิดเป็นร้อยละ 58.40 ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส (ร้อยละ 68.30) มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 56.70)

ขณะที่ด้านอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 60.00) สำหรับประวัติการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้ว 1–5 ปี (ร้อยละ 73.30) โดยมีระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 3.77 ปี (SD = 2.32) และมีการรักษาหลักด้วยยาแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 75.00) ขณะที่มีเพียงร้อยละ 1.70 ที่ใช้การควบคุมอาหารเป็นแนวทางหลัก นอกจากนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 53.30) อย่างไรก็ตาม ยังพบโรคร่วมที่สำคัญ ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และโรคไต ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความซับซ้อนในการควบคุมระดับความดันโลหิต

ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร (Inhibitory Control) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร ภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมการยั้งคิดเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนทั้งในภาพรวมและรายด้าน จากระดับน้อยก่อนการใช้รูปแบบ เป็นระดับมากที่สุดหลังการใช้รูปแบบ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ย ด้านการยับยั้งการตอบสนองต่ออาหารที่ไม่เหมาะสม เพิ่มขึ้นจาก M = 2.03 (SD = 0.65) เป็น M = 4.76 (SD = 0.47) ด้านการคิดไตร่ตรองก่อนการเลือกบริโภคอาหาร เพิ่มขึ้นจาก M = 1.98 (SD = 0.62) เป็น M = 4.85 (SD = 0.39) และ ด้านการควบคุมตนเองในการรักษาพฤติกรรมการบริโภคอย่างต่อเนื่อง เพิ่มขึ้นจาก M = 1.97 (SD = 0.59) เป็น M = 4.83 (SD = 0.37) ผลการวิจัยสะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิผลในทุกมิติ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร (Inhibitory Control) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร (Inhibitory Control) ของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างสมรรถนะด้านการยับยั้งการตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้านอาหารได้อย่างมีประสิทธิผล

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร ภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกรายด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบ จากระดับต่ำถึงปานกลาง เป็นระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก M = 2.18 (SD = 0.52) เป็น M = 4.30 (SD = 0.42) ด้านความเข้าใจข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร เพิ่มขึ้นจาก M = 2.25 (SD = 0.48) เป็น M = 4.45 (SD = 0.38) ด้านการประเมินข้อมูลด้านการบริโภคอาหาร เพิ่มขึ้นจาก M = 2.10 (SD = 0.62) เป็น M = 4.20 (SD = 0.54) และ ด้านการนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจด้านการบริโภคอาหาร เพิ่มขึ้นจาก M = 2.35 (SD = 0.45) เป็น M = 4.35 (SD = 0.40) ผลการวิจัยสะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิผลในทุกมิติ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง ภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยเพิ่มความรอบ

รู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิผล

ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกรายด้านเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบ จากระดับน้อยเป็นระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการบริโภคอาหารแบบจำกัดอาหาร คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับน้อย (M = 1.82–2.45, SD = 0.480–0.761) เป็นระดับมากที่สุด (M = 4.60–4.75, SD = 0.427–0.494) ด้านการบริโภคอาหารแบบควบคุมไม่ได้ เพิ่มขึ้นจากระดับน้อย (M = 1.92–2.20, SD = 0.480–0.766) เป็นระดับมากที่สุด (M = 4.60–4.65, SD = 0.481–0.494) ด้านการบริโภคแบบวางแผนล่วงหน้า เพิ่มขึ้นจากระดับน้อย (M = 1.97–2.05, SD = 0.565–0.712) เป็นระดับมากที่สุด (M = 4.75–4.87, SD = 0.343–0.437) และ ด้านการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบำบัด เพิ่มขึ้นจากระดับน้อย (M = 2.15, SD = 0.633) เป็นระดับมากที่สุด (M = 4.90, SD = 0.303) ผลการวิจัยสะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิผลในทุกมิติระดับมากที่สุด (M = 4.90, SD = 0.303) สะท้อนถึงความสามารถในการควบคุมการบริโภคโซเดียมและเลือกอาหารให้สอดคล้องกับคำแนะนำทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง ภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูง ได้อย่างมีประสิทธิผล

ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร ก่อนใช้รูปแบบ ผู้เป็นความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มท้วม (ร้อยละ 63.33) และกลุ่มอ้วน (ร้อยละ 28.33) ขณะที่ผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติมีเพียงร้อยละ 8.33 ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่าผู้เป็นความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 91.67 ขณะที่กลุ่มท้วมลดลงเหลือร้อยละ 8.33 และไม่พบกลุ่มอ้วน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยปรับเปลี่ยนสถานะทางโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างไปสู่ระดับที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้นอย่างชัดเจน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร (n=60) พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารลดลงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนสถานะทางโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างในทิศทางที่เหมาะสม และช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร พบว่าความดันโลหิตค่าบน (Systolic) ของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารลดลงกว่าก่อนการใช้รูป

แบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งผลต่อการลดลงของความดันโลหิตค่าบนสอดคล้องกับกลไกของรูปแบบ ซึ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะด้าน Inhibitory Control เพื่อลดพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมสูง อาหารมัน และอาหารที่กระตุ้นความดันโลหิต รวมถึงเสริมการคิดไตร่ตรองก่อนเลือกอาหาร และพฤติกรรมกำกับตนเองด้านอาหารอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลงตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) ของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร พบว่าความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic) ของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารลดลงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งผลต่อการลดลงของความดันโลหิตค่าบนสอดคล้องกับกลไกของรูปแบบ ซึ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะด้าน Inhibitory Control เพื่อลดพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมสูง อาหารมัน และอาหารที่กระตุ้นความดันโลหิต รวมถึงเสริมการคิดไตร่ตรองก่อนเลือกอาหาร และพฤติกรรมกำกับตนเองด้านอาหารอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลงตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร พบว่า ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.30) รองลงมาเป็นเพศชาย (ร้อยละ 35.7) ในด้านโครงสร้างอายุ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41–50 ปี (ร้อยละ 52.40) และ 31–40 ปี (ร้อยละ 33.30) โดยมีอายุเฉลี่ย 42.87 ปี (SD = 7.60) ซึ่งสะท้อนถึงกลุ่มบุคคลวัยทำงานที่มีทั้งวุฒิภาวะทางสังคม ประสบการณ์เชิงวิชาชีพ และความพร้อมในการมีส่วนร่วมเชิงปฏิบัติการกับกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ทั้งในระดับนโยบาย ระดับบริการ และระดับชุมชน เมื่อพิจารณาสถานภาพสมรสผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส (ร้อยละ 54.80) รองลงมาคือโสด (ร้อยละ 38.10) ในด้านระดับการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 42.90) และสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 14.30) ขณะที่อีกส่วนหนึ่งมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สำหรับสถานภาพหรือบทบาทในเครือข่ายสุขภาพส่วนใหญ่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และสมาชิกครอบครัวผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 23.8) รองลงมาเป็นพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข อสม. และผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 11.9) และแพทย์ (ร้อยละ 4.8) ในด้านประสบการณ์ด้านสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานหรือมีบทบาทด้านสุขภาพอยู่ในช่วง 6–10 ปี (ร้อยละ 40.50) และ 1–5 ปี (ร้อยละ 38.10) ขณะที่ร้อยละ 14.30 มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี นอกจากนี้เครือข่ายสุขภาพส่วนใหญ่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีประสบการณ์ 1–5 ปี (ร้อยละ 50.00) และมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 28.60)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร ภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร เครือข่ายสุขภาพมีคะแนนการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกรายด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบ จากระดับน้อยถึงปานกลาง เป็นระดับมากที่สุดเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผน เพิ่มขึ้นจาก M = 2.57–2.86 (SD = 0.501–0.660) เป็น M = 4.60–4.88 (SD = 0.328–0.497) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม เพิ่มขึ้นจาก M = 2.45–2.71 (SD = 0.504–0.673) เป็น M = 4.67–4.81 (SD = 0.397–0.477) การมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์จากผลการดำเนินงาน เพิ่มขึ้นจาก M = 2.50–2.79 (SD = 0.595–0.645) เป็น M = 4.81–4.86 (SD = 0.354–

0.397) การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์เพิ่มขึ้นจาก M = 2.36–2.60 (SD = 0.485–0.665) เป็น M = 4.76–4.95 (SD = 0.216–0.431) และ การมีส่วนร่วมในการประเมินผลและสะท้อนผล เพิ่มขึ้นจาก M = 2.48–2.81 (SD = 0.505–0.634) เป็น M = 4.67–5.00 (SD = 0.000–0.477) ผลการวิจัยสะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพได้อย่างเข้มแข็ง ครอบคลุมตั้งแต่การวางแผน การดำเนินงาน การใช้ประโยชน์ การร่วมรับผลประโยชน์ และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารไม่เพียงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้นแต่ยังสามารถเสริมสร้างระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในภาพรวมได้ ทั้งในมิติการวางแผน การดำเนินงาน การติดตามประเมินผล และการร่วมรับผลประโยชน์ อันเป็นกลไกสำคัญที่สนับสนุนความยั่งยืนของการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในระดับพื้นที่

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองชลบุรีเผชิญปัญหาหลักด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการบริโภคอาหารนอกบ้าน อาหารสำเร็จรูป และอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากบริบทเมืองอุตสาหกรรมและวิถีชีวิตเร่งรีบของประชากรวัยทำงาน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดด้านสังคมกำหนดสุขภาพที่ชี้ให้เห็นว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแม้กลุ่มเป้าหมายจะมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่สามารถแปลงความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนช่องว่างระหว่าง ความรู้ กับ พฤติกรรมจริง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nut beam[20] ที่เสนอว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หากขาดทักษะเชิงปฏิบัติ การคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจในสถานการณ์จริง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่รายงานว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากแม้ได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างยั่งยืน

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพและชุมชนอำเภอเมืองชลบุรี

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมทั้งในด้านโครงสร้าง เนื้อหา และกระบวนการดำเนินงาน โดยผลการประเมินคุณภาพรูปแบบจากผู้ทรงคุณวุฒิพบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับสูงมาก และมีระดับความเหมาะสมของกิจกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนให้

เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถตอบสนองต่อสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในบริบทอำเภอเมืองชลบุรีได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมที่ประชาชนมีข้อจำกัดด้านเวลาและสภาพแวดล้อมในการเลือกบริโภคอาหาร โดยมีรายละเอียดดังนี้

การบูรณาการแนวคิดการยั้งคิดกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนารูปแบบในครั้งนี้อาศัยการบูรณาการแนวคิดการยั้งคิด (Inhibitory Control) ตามกรอบแนวคิดของ Barkley[21] เข้ากับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nut beam[20] โดยมิได้มุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้ด้านโภชนาการ แต่ให้ความสำคัญกับการพัฒนากระบวนการทางปัญญา ได้แก่ ความสามารถในการหยุดคิดก่อนตัดสินใจ การควบคุมการตอบสนองอัตโนมัติต่อสิ่งเร้าด้านอาหาร และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาสภาพปัญหาที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ด้านอาหารอยู่แล้ว แต่ขาดทักษะการยั้งคิดและการตัดสินใจในสถานการณ์จริงของชีวิตประจำวัน ผลการพัฒนารูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล ดีกัลป์ลา และฐิติอาภา ตั้งค้าวานิช[22]และชนนพร แสงเดือน และคณะ[23] ที่รายงานว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะมิติการประเมินข้อมูลและการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พิริพัฒน์ เตชะกันทา และคณะ[24] และอังคณา แก้วมณี[25] ที่พบว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านอาหารผ่านกิจกรรมเชิงปฏิบัติการสามารถยกระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญ

ความเหมาะสมของกิจกรรมฝึกการยั้งคิดต่อบริบทผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้และการฝึกการยั้งคิดอย่างเป็นลำดับขั้น ตั้งแต่การสร้างความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง การประเมินตนเอง การฝึกความจำขณะทำงานและการยั้งคิด การวิเคราะห์พฤติกรรมและอารมณ์ ไปจนถึงการฝึก Go/No-Go Task อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ การออกแบบกิจกรรมดังกล่าวมีพื้นฐานจากงานวิจัยด้านการฝึกการยั้งคิดในต่างประเทศ ผลการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Verbruggen and Logan[26], Cragg and Nation[27] และ Jones et al[28] ที่พบว่าการฝึกการยั้งคิดสามารถลดการตอบสนองอัตโนมัติต่อสิ่งเร้าอาหาร และช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมได้ อย่างไรก็ตาม รูปแบบในงานวิจัยนี้มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากงานวิจัยต่างประเทศ โดยเน้นการปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนไทย ใช้กิจกรรมกลุ่ม การสะท้อนคิด และการฝึกซ้ำในชีวิตประจำวัน มากกว่าการพึ่งพาเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว ซึ่งทำให้เหมาะสมกับผู้ป่วยวัยทำงานและผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ

บทบาทของกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารในครั้งนี้ดำเนินการภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยมีเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัว และผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบกิจกรรม การทดลองใช้และการสะท้อนผล ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงและได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผลการพัฒนารูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ อรวรรณ แก้วคำ[29] และ ณัฐวดี รัตนวงศ์[30] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพและครอบครัวช่วยเพิ่มประสิทธิผลของโปรแกรมการยั้งคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพและความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประสิทธิผลของรูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิต

สูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทั้งในด้านพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และระดับความดันโลหิตเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมอาหารซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประสิทธิผลของรูปแบบต่อการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหาร ภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีระดับการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งยืนยันว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ การพัฒนารูปแบบที่มุ่งเสริมสร้างความสามารถในการยับยั้งการตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้านอาหารสามารถยกระดับสมรรถนะการควบคุมตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม การเพิ่มขึ้นของคะแนนการยั้งคิดสะท้อนว่าผู้เข้าร่วมสามารถชะลอการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหาร ลดการตอบสนองอัตโนมัติต่ออาหารที่ไม่เหมาะสม และมีการไตร่ตรองผลกระทบต่อสุขภาพมากขึ้นในสถานการณ์จริงของชีวิตประจำวัน ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Veling et al.[31] ที่รายงานว่าการฝึก Go/No-Go มีประสิทธิผลในการลดแนวโน้มการเลือกอาหารที่ไม่เหมาะสมมากกว่าการฝึกแบบ Approach–Avoidance task เนื่องจากการฝึกดังกล่าวช่วยปรับรูปแบบการตอบสนองเชิงอัตโนมัติต่อสิ่งเร้าด้านอาหารให้ลดลง ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนกลไกเดียวกัน คือการเปลี่ยนแปลงกระบวนการตัดสินใจระดับต้นก่อนที่พฤติกรรมการกินจะเกิดขึ้นจริง และสอดคล้องกับการศึกษาของจำเนียร สุวรรณชาติ[32] ซึ่งพัฒนาโปรแกรมฝึก Food Go/No-Go สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และพบว่าการฝึกการยั้งคิดอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ดีขึ้น งานวิจัยดังกล่าวสนับสนุนข้อค้นพบของการศึกษานี้ว่า การฝึก Go/No-Go ไม่ได้จำกัดผลลัพธ์อยู่เพียงในระดับห้องปฏิบัติการ แต่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพจริงและกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านพฤติกรรมการกินได้อย่างมีประสิทธิผล การเพิ่มขึ้นของสมรรถนะการยั้งคิดในงานวิจัยนี้สามารถอธิบายได้ผ่านกลไกเชิงจิตวิทยาที่เสนอโดย Houben et al.[33] ซึ่งอธิบายว่าการจับคู่อาหารกับการยับยั้งการตอบสนองซ้ำ ๆ ทำให้เกิดกระบวนการลดคุณค่าเชิงอารมณ์ของอาหาร ส่งผลให้ความน่าดึงดูดและแรงจูงใจในการบริโภคอาหารลดลง เมื่อคุณค่าเชิงอารมณ์ของอาหารลดลง ความอยากอาหารและแนวโน้มการตอบสนองเชิงอัตโนมัติจึงลดลงตามไปด้วย กลไกดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่พบว่าผู้เข้าร่วมสามารถควบคุมแรงกระตุ้นในการกินและหยุดคิดก่อนตัดสินใจได้ดีขึ้นรวมไปถึงการศึกษาของ McGreen et al.[34]ที่ชี้ว่าความสามารถในการยั้งคิดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยบุคคลที่มีระดับการยั้งคิดสูงจะมีแนวโน้มเลือกอาหารอย่างรอบคอบมากกว่า ผลการศึกษานี้สะท้อนว่าการพัฒนาการยั้งคิดเป็นกลไกต้นน้ำที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระยะยาว ในมิติของความต่อเนื่องในการฝึกและการนำไปใช้จริง ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Aulbach et al.[35] ที่พบว่าระดับการมีส่วนร่วมกับการฝึก Go/No-Go ด้านอาหารมีความสัมพันธ์กับการลดการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อมีการฝึกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องรวมไปถึงการออกแบบรูปแบบที่เอื้อต่อการฝึกซ้ำในชีวิตประจำวัน และได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายสุขภาพ ช่วยเสริมให้การพัฒนาการยั้งคิดเกิดขึ้นอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Tzavella et al.[36] ซึ่งรายงานว่าการฝึก Go/No-Go สามารถลดแนวโน้มการกระทำความชอบ และการเลือกอาหารที่ไม่เหมาะสมได้พร้อมกัน แสดงให้เห็นว่าการยับยั้งการตอบสนองต่ออาหารส่งผลครอบคลุมทั้งระดับการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนว่า การ

เพิ่มขึ้นของคะแนนการยั้งคิดเป็นจุดตั้งต้นของการเปลี่ยนแปลงเชิงบูรณาการด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ประสิทธิผลของรูปแบบต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ซึ่งยืนยันว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อารยา คำแสน[37] ซึ่งรายงานว่าการส่งเสริมการรับรู้และความตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบของอาหารรสเค็มต่อสุขภาพสามารถช่วยลดพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ในทำนองเดียวกันยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพล แสงทอง และคณะ[38] และสุภาวดี ศรีสุข และคณะ[39] ที่รายงานว่าการส่งเสริมการบริโภคอาหาร สามารถช่วยปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิผล งานวิจัยปัจจุบันได้ต่อยอดจากแนวคิดดังกล่าว โดยมิได้มุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้หรือแนวทางการบริโภคอาหารที่เหมาะสม แต่เสริมสร้างทักษะการยั้งคิดและการวางแผนมื้ออาหารอย่างมีสติ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ชนก วงศ์คำ และคณะ[40] ที่พบว่าโปรแกรมโภชนศึกษาและโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถเพิ่มพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่า การเสริมสร้างทักษะการยั้งคิดและการตัดสินใจเชิงพฤติกรรมเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ความรู้ด้านโภชนาการถูกนำไปใช้จริง และช่วยลดการกินตามความเคยชินในชีวิตประจำวัน

ประสิทธิผลของรูปแบบต่อค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งยืนยันว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สะท้อนให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารผ่านกลไกการยั้งคิดสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสถานะทางโภชนาการได้จริง ผลลัพธ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมิได้ส่งผลเฉพาะในระดับพฤติกรรมการกินเท่านั้น หากแต่สามารถแปรเปลี่ยนไปสู่ผลลัพธ์ทางกายภาพที่เป็นรูปธรรม ซึ่งมีความสำคัญต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว ผลการลดลงของค่า BMI ในงานวิจัยนี้สามารถอธิบายได้จากกลไกของการเสริมสร้างความสามารถในการยั้งคิด ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปริมาณอาหาร ลดการบริโภคอาหารพลังงานสูง อาหารไขมัน และอาหารเค็ม รวมถึงการวางแผนมื้ออาหารอย่างมีสติ เมื่อพฤติกรรมการกินเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง สมดุลพลังงานของร่างกายจึงปรับตัวในทิศทางที่เอื้อต่อการลดน้ำหนัก ส่งผลให้ค่า BMI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทางคลินิกที่ระบุว่าการลดน้ำหนักแม้เพียงเล็กน้อยสามารถช่วยลดความเสี่ยงทางเมตาบอลิซึมและปรับปรุงการควบคุมความดันโลหิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lim et al.[41] ที่รายงานว่าการจัดการด้านอาหาร สามารถช่วยลดน้ำหนักและปรับปรุงค่าดัชนีมวลกายในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะก่อนเป็นโรคและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญงานวิจัยดังกล่าวสนับสนุนข้อค้นพบของการศึกษานี้ว่า การจัดการพฤติกรรมด้านอาหารเป็นองค์ประกอบสำคัญของการลดน้ำหนัก แม้ในบริบทที่การออกกำลังกายอาจมีข้อจำกัด การเสริมสร้างทักษะการยั้งคิดก็สามารถทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการควบคุมปริมาณการบริโภคพลังงานได้อย่างมีประสิทธิผลและยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ลำพูล ศรีสังข์รัตน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข[42] ที่พบว่าโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถช่วยลดน้ำหนักและปรับปรุงสถานะทาง

โภชนาการของกลุ่มเป้าหมายที่นำไปสู่การลดค่า BMI ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ที่ใช้การฝึกการยั้งคิดเป็นกลไกหลักในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกินในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Xue et al.[43] ซึ่งเป็นการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมที่แสดงให้เห็นว่าการแทรกแซงด้านโภชนาการแบบเฉพาะบุคคลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถช่วยลดน้ำหนักและค่า BMI ได้อย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การปรับรูปแบบการบริโภคอาหารให้สอดคล้องกับบริบทและความสามารถของแต่ละบุคคลเป็นกุญแจสำคัญของความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบในงานวิจัยนี้ที่ปรับกิจกรรมการฝึกการยั้งคิดให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและบริบทชุมชนของผู้ป่วยในอำเภอเมืองชลบุรีในระยะยาว ผลการลดลงของค่า BMI ที่พบในงานวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Semlitsch et al.[44] ที่รายงานว่าการควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถให้ผลลัพธ์ด้านน้ำหนักและดัชนีมวลกายที่คงอยู่ได้ในระยะยาว โดยเฉพาะเมื่อมีการติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการดำเนินงานของรูปแบบในครั้งนี้ที่อาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในระดับอำเภอ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตาม เสริมแรงและสนับสนุนการคงอยู่ของพฤติกรรมการกินที่เหมาะสม

ประสิทธิผลของรูปแบบต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ภายหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต สำหรับผู้เป็นความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งยืนยันว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สะท้อนให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารผ่านกลไกการยั้งคิด (inhibitory control) มิได้ส่งผลเฉพาะในระดับพฤติกรรมเท่านั้น แต่สามารถแปรเปลี่ยนไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจนในด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดเชิงพยาธิสรีรวิทยาที่ระบุว่าการลดการบริโภคโซเดียมและไขมันอิ่มตัวช่วยลดความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลาย เพิ่มความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด และนำไปสู่การลดระดับความดันโลหิตตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lou et al.[45] และ Youngiam and Therawiwat[46] ที่พบว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการควบคู่กับการพัฒนาความสามารถในการยั้งคิดในการบริโภคอาหารสามารถลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อดำเนินการผ่านโปรแกรมที่มีการติดตามและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับรูปแบบที่ใช้ในงานวิจัยนี้ที่อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในระดับอำเภอ ทั้งในส่วนของบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวผู้ป่วยในการติดตาม สนับสนุน และเสริมแรงเชิงบวกต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกินในชีวิตประจำวันและสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี ศรีสุข และคณะ[39] ที่รายงานว่าโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการบริโภคอาหารสามารถลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการจัดการด้านอาหารเป็นกลยุทธ์หลักที่มีประสิทธิผลในการควบคุมโรค โดยไม่เพียงมุ่งเน้นการให้คำแนะนำด้านโภชนาการ แต่ยังเสริมสร้างทักษะการยั้งคิดและการตัดสินใจเชิงสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถยึดมั่นต่อแนวทางการกินที่เหมาะสมได้จริงและต่อเนื่องมากขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในทำนองเดียวกันยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพล แสงทอง และคณะ[38] ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหาร ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยชี้ให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนรูปแบบอาหารอย่างเป็นระบบเป็นกลไกสำคัญในการลดระดับความดันโลหิต ผลการวิจัยครั้งนี้ได้เพิ่มเติมมิติด้านกลไกการยั้งคิดเข้าไปในกระบวนการดังกล่าว ทำให้รูปแบบไม่เพียงเปลี่ยน “สิ่งที่กิน” แต่ยังเปลี่ยน “วิธีคิดก่อนกิน”

ส่งผลให้การลดโซเดียมและไขมันอิ่มตัวเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีเสถียรภาพมากขึ้น ซึ่งสะท้อนในค่าความดันโลหิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มตัวอย่าง

บทบาทของการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพต่อประสิทธิผลของรูปแบบ ประสิทธิผลของรูปแบบในงานวิจัยนี้มิได้เกิดจากการพัฒนาทักษะรายบุคคลเพียงอย่างเดียว หากแต่เกิดจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัว และผู้ป่วย การมีส่วนร่วมดังกล่าวช่วยเสริมแรงการเรียนรู้ การติดตามพฤติกรรม และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารในชีวิตจริงผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) และงานวิจัยที่รายงานว่าการขับเคลื่อนโปรแกรมสุขภาพผ่านเครือข่ายระดับอำเภอสามารถเพิ่มประสิทธิผลและความยั่งยืนของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ อรวรรณ แก้วคำ[29] และณัฐวดี รัตนวงศ์[30] ที่เน้นบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมการยั้งคิดความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ตลอดจนส่งผลต่อการลดค่าดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญผู้วิจัยจึงเสนอข้อเสนอแนะใน 3 ระดับ ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรกำหนดให้การพัฒนาทักษะการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเป็นองค์ประกอบเชิงนโยบายของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2) ควรยกระดับบทบาทของเครือข่ายสุขภาพอำเภอให้เป็นกลไกเชิงนโยบายในการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงด้านอาหาร

3) ควรผลักดันนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมอาหาร (Food Environment Policy) ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรม

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) ควรบูรณาการรูปแบบพฤติกรรมการยั้งคิดด้านการบริโภคอาหารเข้าสู่กระบวนการดูแลผู้ป่วยในคลินิก NCD อย่างเป็นระบบ

2) ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครให้มีบทบาทเป็น ผู้อำนวยกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3) ควรเสริมสร้างบทบาทครอบครัวและชุมชนให้เป็นกลไกสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงวิจัย

1) ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบในระยะยาวในระดับระบบบริการสุขภาพ

2) ควรขยายการศึกษาสู่บริบทพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย เช่น ผู้สูงอายุหรือแรงงานอุตสาหกรรมจะช่วยยืนยันความสามารถในการปรับใช้และความยืดหยุ่นของรูปแบบในบริบทที่แตกต่างกัน

3) ควรพัฒนางานวิจัยเชิงกลไกเพื่ออธิบายกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในมิติ Executive Function ตัวชี้วัดทางจิตพฤติกรรม หรือ biomarker ที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายกลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). Hypertension. Geneva: WHO.
2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC).(2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies. Lancet. 2021;398(10304):957-80.

3. ศุภวัลย์ เลิศพงศ์ภาคภูมิ, เจนเนตร พลเพชร, จอม สุวรรณโณ.(2562). สถานการณ์ความดันโลหิตสูงของประชากรไทย. วารสารสาธารณสุข. 2562;49(3):345-58.
4. ชนกนันท์ แสนสุนนท์, กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์.(2564). ภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2564;39(2):78-90.
5. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2562). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ; 2562.
6. Van Oort S, Beulens JWJ, van Ballegooijen AJ, Grobbee DE, Larsson SC.(2020). Cardiovascular risk factors and lifestyle behaviors in hypertension. Hypertension. 2020;76(6):1683-91.
7. Rubenstein AH, et al.(2013). Central regulation of appetite and energy balance. Endocr Rev. 2013;34(4):573-602.
8. Sharifi F, Yamini M, Esmaeilzadeh A, Mousavinasab N, Shajari A. Leptin resistance and hypertension. J Hum Hypertens. 2013;27(6):370-5.
9. Diamond A.(2021). Executive functions. Annu Rev Psychol. 2021;72:135-68.10. Gabrys RL, Tabri N, Anisman H, Matheson K. Cognitive control and health behavior. Health Psychol Rev. 2018;12(3):283-99.
11. ชะนวนทอง ธนสุกาญน์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการพัฒนาระบบสุขภาพไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
12. นุจรี อ่อนสีน้อย, ยุวดี ลีลัคนาวีระ, ชนัญชิดา ทูลศิริ.(2560). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมความดันโลหิต. วารสารพยาบาล. 2560;66(1):45-58.
13. Wilson R, et al.(2020). Behavior change interventions for hypertension control. Prev Med. 2020;132:105998.
14. Ladecola C, et al.(2016). Hypertension and cognitive impairment. Hypertension. 2016;68(6):e67-94.
15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.(2567). รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2567. ชลบุรี.
16. Cronbach LJ.(1972). Essentials of psychological testing. 3rd ed. New York: Harper & Row.
17. Borg WR, Gall MD.(1989). Educational research: An introduction. 5th ed. New York: Longman.
18. Likert R.(1932). A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;140:1–55.
19. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall Inc..
20. Nutbeam D.(2000). Health literacy as a public health goal. Health Promot Int. 2000;15(3):259–267. doi:10.1093/heapro/15.3.259.
21. Barkley RA.(1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. Psychol Bull. 1997;121(1):65–94. doi:10.1037/0033-2909.121.1.65.
22. นฤมล ดีกัลป์ลา, ฐิติอาภา ตั้งค้าวานิช.(2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันทรานส์ของประชาชน ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2566;9(2):162–179.
23. ชนนพร แสงเดือน, มณฑา เก่งการพานิช, ศรัณญา เบญจกุล.(2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2567;41(1):55–70.
24. พิริพัฒน์ เตชะกันทา, เดชา ทำดี, นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี.(2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2567;11(3):e268776.
25. อังคณา แก้วมณี.(2008). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
26. Verbruggen F, Logan GD.(2008). Response inhibition in the stop-signal paradigm. Trends Cogn Sci. 2008;12(11):418–424. doi:10.1016/j.tics.2008.07.005.

27. Cragg L, Nation K.(2008). Go or no-go? Developmental improvements in the efficiency of response inhibition in mid-childhood. Dev Sci. 2008;11(6):819–827. doi:10.1111/j.1467-7687.2008.00730.x.

28. Jones A, Dymond S, Holroyd C.(2016). Inhibitory control training for appetitive behaviour change: A meta-analytic investigation of mechanisms of action and moderators of effectiveness. Behav Res Ther. 2016;83:31–42. doi:10.1016/j.brat.2016.07.004.

29. อรวรรณ แก้วคำ.(2567). ผลของแอปพลิเคชันส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อการควบคุมความดันโลหิต. วารสารสุขศึกษา. 2567;45(1):66–80.

-30. ณัฐวดี รัตนวงศ์.(2567). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2567;40(3):112–125.

31. Veling H, Verpaalen IAM, Liu H, Mosannenzadeh F, Becker D, Holland RW.(2021). How can food choice best be trained? Approach-avoidance versus go/no-go training. Appetite. 2021;163:105226. doi:10.1016/j.appet.2021.105226.

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

33. Houben K.(2023). Inhibitory control and eating behaviour: Theory and applications. Curr Opin Behav Sci. 2023;49:101256. doi:10.1016/j.cobeha.2023.101256.

34. McGreen A, et al.(2023). Digital inhibitory control training and dietary behaviour. Appetite. 2023;180:106314.

35. Aulbach MB, Veling H, และคณะ.(2021). App-based food Go/No-Go training: User engagement and dietary intake in an opportunistic observational study. Appetite. 2021;165:105315.

36. Tzavella L, Lawrence NS, และคณะ.(2021). Effects of go/no-go training on food-related action tendencies, liking and choice. R Soc Open Sci. 2021;8:201953.

37. อารยา คำแสน.(2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้เพื่อลดพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสุขศึกษา. 2568;46(2):101–115.

38. ณัฐพล แสงทอง, และคณะ.(2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลชุมชน. 2568;24(1):25–39.

39. สุภาวดี ศรีสุข, และคณะ. ผลของการให้ความรู้ร่วมกับการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2564;39(2):45–58.

40. พิมพ์ชนก วงศ์คำ, และคณะ.(2565). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2565;16(1):77–90.

41. Lim CY, และคณะ.(2025). Dietary management and aerobic exercise counselling on blood pressure control in subjects with prehypertension and drug-naïve stage 1 hypertension: A randomized clinical trial. Sci Rep. 2025;15:xxxxxx.

42. ลำพูล ศรีสังข์รัตน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, ชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข.(2566). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2566;30(3):181–193.

43. Xue Q, Zhang XW, Wang Q, และคณะ.(2023). The effects of personalized dietary intervention on hypertensive patients: A randomized controlled trial in Jieshou. Am J Hypertens. 2023;36(7):415. doi:10.1093/ajh/hpad023.

44. Semlitsch T, Jeitler K, Berghold A, และคณะ.(2021). Long-term effects of weight-reducing diets in people with hypertension. Cochrane Database Syst Rev. 2021;2021(6):CD008274.

45. Lou SP, Han D, Kuczmarski MF, Evans MK, Zonderman AB, Crews DC. Health literacy, numeracy, and dietary approaches to stop hypertension accordance among hypertensive adults. Health Educ Behav. 2023;50(1):49–57.

46. Youngiam, W., & Therawiwat, M. (2024). Enhancing Health Literacy Through “I Watch Sodium” Application among Prehypertension University Staff: A Quasi-experimental Study. Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 28(1), 164-180.

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลพนมสารคามจังหวัดฉะเชิงเทรา

The Effect of a Learning Program and Readiness for Health Behavior Change on Stroke Prevention in High-Risk Hypertensive Patients at Phanom Sarakham Hospital, Chachoengsao Province.

(Received: February 1,2026 ; Revised: February 7,2026 ; Accepted: February 9,2026)

ดวงมณี วิยะทัศน์[1] จริญญา จริยภิญโญ[2] อมรเทพ จันทร์เจริญ[3]
Duangmanee Wiyathus[1] Jarinya Jariyaphinyo[2] Amornthep Chancharoen[3]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), พฤติกรรมการป้องกันโรค, และ ระดับความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อน–หลัง จำนวน 90 ราย ณ โรงพยาบาลพนมสารคาม โปรแกรมพัฒนาตามกรอบแนวคิด Health Belief Model (HBM) และ Stages of Change (TTM) โดยมีการวัดผล 3 ช่วงเวลา (ก่อนโปรแกรม, หลังทันที, ติดตาม 12 สัปดาห์) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA

ผลการศึกษา: หลังเข้าร่วมโปรแกรม ความรู้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($F=285.34$, $p < 0.001$) พฤติกรรมสุขภาพรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($F=189.67$, $p < 0.001$) และความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($F=78.35$, $p < 0.001$) และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากขั้น Contemplation/Precontemplation ไปสู่ขั้น Action/Maintenance อย่างชัดเจน การเปลี่ยนแปลงยังคงรักษาระดับไว้ได้สูงเมื่อติดตามผล 12 สัปดาห์

คำสำคัญ: ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ, โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง, โรคหลอดเลือดสมอง, ความดันโลหิตสูง

Abstract

This study aimed to examine the effectiveness of a readiness-enhancement program for health behavior modification on stroke-related knowledge, stroke prevention behaviors, and stroke risk levels among hypertensive patients at high risk. A quasi-experimental one-group pretest–posttest design was conducted with 90 participants at Phanom Sarakham Hospital. The program was developed based on the Health Belief Model (HBM) and the Transtheoretical Model (TTM). Outcomes were measured at three time points (baseline, immediate post-intervention, and 12-week follow-up). Data were analyzed using Repeated Measures ANOVA.

Results: After participating in the program, stroke-related knowledge significantly increased ($F = 285.34$, $p < 0.001$), overall health behaviors significantly improved ($F = 189.67$, $p < 0.001$), and systolic blood pressure (SBP) significantly decreased ($F = 78.35$, $p < 0.001$). Participants also progressed clearly from the Contemplation/Precontemplation stages to the Action/Maintenance stages of behavior change. These improvements were well sustained at the 12-week follow-up.

Keywords: readiness for health behavior change, self-management enhancement program, stroke, hypertension

[1] พย.ม., อพย.(การพยาบาลชุมชน) โรงพยาบาลพนมสารคามจังหวัดฉะเชิงเทรา

[2] วท.บ.(จิตวิทยา) โรงพยาบาลพนมสารคามจังหวัดฉะเชิงเทรา

[3] วท.บ.(โภชนาการและการประกอบอาหาร) โรงพยาบาลพนมสารคามจังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) นับเป็นวิกฤตสุขภาพระดับโลกที่สร้างภาระด้านสุขภาพและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล โดยข้อมูลในปี พ.ศ. 2564 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยใหม่สูงถึงประมาณ 11.9 ล้านราย และมีผู้ป่วยสะสมเกือบ 94 ล้านราย ทั่วโลก ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการระยะยาวและการเสียชีวิตจำนวนมาก [1,2] การวิเคราะห์ภาระโรค ยิ่งแสดงว่าความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีส่วนทำให้เกิดอัตราการตายและ DALYs จากโรคหลอดเลือดสมองในสัดส่วนมากกว่า 50% ของภาระโรครวม จึงเป็นที่ชัดเจนว่าการควบคุมความดันโลหิตเป็นกลไกสำคัญในการป้องกัน Stroke [3] ในบริบทของประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ และเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการเรื้อรัง ซึ่งสร้างภาระหนักต่อระบบสาธารณสุขและครอบครัว [4,5,6] ยิ่งไปกว่านั้น ประเทศไทยกำลังเผชิญกับภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่สูงขึ้น โดยเฉพาะอุบัติการณ์และความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ที่ยังคงสูงอย่างต่อเนื่อง การขาดการจัดการตนเองที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การป้องกันขั้นต้นและการส่งเสริม การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงเป็นกลไกหลักในการลดภาระโรคต่อระบบสุขภาพ [3,7] สำหรับบริบทเฉพาะของ โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายที่ให้บริการดูแลผู้ป่วย NCDs จำนวนมาก ข้อมูลดังกล่าวได้ชี้ให้เห็นแนวโน้มปัญหาที่เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2567 โรงพยาบาลรายงานผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนประมาณ 4,120 ราย และมีผู้ป่วยที่รับเข้ารักษาด้วยภาวะโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 142 ราย แต่ในปี พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 4,430 ราย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับการรักษาเพิ่มเป็น 158 ราย ซึ่งสะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถึงร้อยละ 11.3 ในช่วงเวลาเพียงหนึ่งปี [8] แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้สะท้อนว่า การจัดการความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูงที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง

งานวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน การที่ผู้ป่วยประสบความล้มเหลวในการควบคุมความดันโลหิตและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มักเกิดจาก การขาดความพร้อม (Readiness) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการยึดมั่นในการใช้ยา ดังนั้น จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาและประเมิน "โปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ" โดยใช้หลักการทางทฤษฎีที่มุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจและความพร้อมของผู้ป่วย (Transtheoretical Model) เพื่อเติมเต็มช่องว่างความรู้นี้ [9] งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้าง หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ ผลลัพธ์ทางคลินิก (การควบคุมความดันโลหิต) ซึ่งจะเป็นแนวทางสำคัญในการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ลดภาระโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างยั่งยืน

วัสดุและวิธีการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), พฤติกรรมการป้องกันโรค, และ ระดับความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง ณ โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด

สมองในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย (Research Hypotheses)

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะมี ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะมี ระดับความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะมี ระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ กึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดย กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest–posttest design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรค และระดับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง ณ โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2567 งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดจากทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสร้าง กรอบแนวคิดแบบบูรณาการ โดยใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)[10] เพื่อประเมินและกระตุ้นการรับรู้ถึงความรุนแรง (Severity) และการรับรู้ถึงความอ่อนแอต่อโรค (Susceptibility) รวมถึงการประเมินประโยชน์และอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และใช้แบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stages of Change Model) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Transtheoretical Model (TTM) ในการประเมินระดับ ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของผู้ป่วยแต่ละราย[9] โปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ถูกออกแบบมาเพื่อเป็นตัวแปรอิสระสำคัญ โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มความรู้ กระตุ้นการตระหนักถึงความเสี่ยง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเคลื่อนผ่านแต่ละขั้นตอนของ Stages of Change ไปสู่การปฏิบัติ (Action) และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance) อันจะนำไปสู่การลดระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายของงานวิจัย [1,2]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง (Hypertension Clinic) โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ในช่วงเวลาที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้า–คัดออกที่กำหนดขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่า Effect Size (Cohen's d) [11] ที่ 0.80ซึ่งบ่งชี้ขนาดผลกระทบที่ค่อนข้างสูง ระดับนัยสำคัญ (α) ที่ 0.05 และ อำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 0.80 ซึ่งได้

จำนวนตัวอย่างขั้นต่ำที่ 84 ราย และมีการเพิ่มตัวอย่างเป็น 90 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Loss to Follow-up)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Selection Criteria)

เกณฑ์การคัดเข้าดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูง จากแพทย์ผู้รักษา

2. มีหลักฐานบ่งชี้ว่าเป็นผู้มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) 100 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อยหนึ่งครั้ง และได้รับการยืนยันซ้ำ

3. มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี

5. สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้ต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ และยินยอมเข้ารับการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรม

เกณฑ์คัดออกดังนี้

1. มีโรคร่วมรุนแรงที่เป็นข้อจำกัดต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางกายภาพหรือโปรแกรม เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย, ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, หรือหัวใจล้มเหลวขั้นรุนแรง

2. รักษาด้วยยาลดความดันโลหิตน้อยกว่า 2 สัปดาห์

3. มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาหรือจิตเวชที่ไม่สามารถทำความเข้าใจแบบสอบถามหรือเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. หญิงตั้งครรภ์

5. ไม่ใช่สัญชาติไทย

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบบันทึกค่าทางคลินิก ดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 12 ข้อ โดยครอบคลุมปัจจัยเสี่ยง, ความดันโลหิตที่เป็นอันตราย, อาการเตือน (FAST), แนวทางป้องกันตามหลัก 3 อ. 2 ส., และการใช้ยา คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-60 คะแนน

2. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ประกอบด้วย 20 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้านหลัก ได้แก่ อาหาร, การออกกำลังกาย, การจัดการอารมณ์/ความเครียด, การงดสูบบุหรี่, และการงดดื่มสุรา โดยใช้มาตราส่วน 5 ระดับ (0–4) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-100

3. แบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Readiness / Stages of Change scale) สร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากทฤษฎี Stages of Change[13] โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 ระยะ (Precontemplation, Contemplation, Preparation, Action, Maintenance) และแปลงเป็นคะแนน 0-4 เพื่อใช้ในการวัดการเปลี่ยนแปลง

4. แบบบันทึกค่าทางคลินิกและการใช้ยา ใช้บันทึกค่าความดันโลหิต (SBP/DBP), น้ำหนัก, รอบเอว, การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Adherence), การนัดหมาย, และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และได้รับค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเฉลี่ยรวม (CVI) เท่ากับ 0.92 นอกจากนี้ยังได้มีการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการทดสอบนำร่องกับผู้ป่วย 30 รายในโรงพยาบาลใกล้เคียง และพบว่ามีค่า Cronbach's alpha[15] เท่ากับ 0.90

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการเรียนรู้และเสริมสร้างความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Self-Management Empowerment Program: 3 อ. 2 ส.) ระยะเวลา 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที) โดยการเรียนรู้ดำเนินการในรูปแบบรายบุคคลและกลุ่มย่อย และมีการติดตามผลในระยะยาว 12 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรม

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ

การฝึกอบรมทีมวิจัย: จัดอบรมผู้ช่วยวิจัย (เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักโภชนากร) เพื่อสร้างความเข้าใจในแนวทางของโปรแกรม การใช้ Stages of Change และเพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการเก็บข้อมูลและการดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน

ขั้นดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และ Pre-test (สัปดาห์ที่ 1) ทีมวิจัยทำการคัดกรองผู้ป่วยจากคลินิกความดัน
โลหิตสูงตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิในการเข้าร่วม และขอความยินยอม (Informed Consent) จากนั้นเก็บข้อมูล ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามชุดเดิมทั้งหมด (ความรู้, พฤติกรรม,Stages of Change) และวัดค่าทางคลินิก (ความดันโลหิต, น้ำหนัก, รอบเอว)

2. การดำเนินการให้โปรแกรมการเรียนรู้ (สัปดาห์ที่ 1–4)

2.1 โปรแกรมถูกดำเนินการตามแผน 4 สัปดาห์ โดยเน้นการใช้หลักการของ Transtheoretical Model (TTM) เพื่อปรับเนื้อหาและกิจกรรมให้สอดคล้องกับ ขั้นตอนความพร้อม (Stages of Change) ของผู้ป่วยแต่ละราย (Tailor-made Intervention)[1]

2.2 กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้พื้นฐานและตั้งเป้าหมาย (สัปดาห์ที่ 1), โภชนาการและการจัดการยา (สัปดาห์ที่ 2), อารมณ์และการจัดการความเครียด (สัปดาห์ที่ 3), และการงดบุหรี่/สุราและการวางแผนคงพฤติกรรม (Maintenance plan) (สัปดาห์ที่ 4)

3. การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test)

3.1 Post-test ทันที เก็บข้อมูลซ้ำหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามชุดเดิมและวัดค่าทางคลินิกซ้ำ เพื่อประเมินผลลัพธ์ระยะสั้น

3.2 Follow-up (12 สัปดาห์): เก็บข้อมูลติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 12 สัปดาห์ โดยให้ตอบแบบสอบถามชุดเดิมและวัดค่าทางคลินิกซ้ำ เพื่อประเมิน ความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics): ใช้ความถี่ (%), ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics): ใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA[14] ในการเปรียบเทียบค่าผลลัพธ์ระหว่าง 3 ช่วงเวลา (ก่อน–หลังทันที–ติดตาม 12 สัปดาห์) เพื่อประเมินผลของการแทรกแซงในระยะสั้นและระยะยาว โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (อ้างอิงเลขที่ PH_CCO_REC016/2567)

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง, พฤติกรรมการป้องกันโรค, และระดับความเสี่ยงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง ณ โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 ราย ได้เข้าร่วมโปรแกรมและได้รับการวัดผลใน 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนโปรแกรม, หลังโปรแกรมทันที, และหลังติดตามผล 12 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 90 ราย โดยมีสัดส่วนเพศหญิง (55.6%) มากกว่าเพศชายเล็กน้อย กลุ่มอายุส่วนใหญ่ คือ 60 ปีขึ้นไป (52.2%) และ 50-59 ปี (33.3%) ระดับ

การศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างสูง โดยเฉพาะระดับ ปริญญาตรี (38.9%) ภาวะสุขภาพร่วม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะ ไขมันในเลือดสูง (33.3%) ร่วมด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากความดันโลหิตสูง การมีภาวะร่วมนี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นเร่งด่วนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นทั้งอาหาร (ลดเค็ม/ลดไขมัน) และการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทาง 3 อ. 2 ส. ของโปรแกรม ปัจจัยทางคลินิก ณ ค่าพื้นฐานความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) (mm/Hg) 165.20 ±9.50 ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) (mm/Hg)102.80 ±6.10 ดัชนีมวลกาย (BMI) (Kg/m^2) 26.80 ±3.20

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพรวม ก่อน–หลังโปรแกรม และติดตามผล 12 สัปดาห์ (n=90)

ตัวแปรผลลัพธ์	คะแนนเต็ม	ก่อนโปรแกรม ($\bar{X}$±SD)	หลังโปรแกรมทันที ($\bar{X}$±SD)	หลัง12 สัปดาห์ ($\bar{X}$±SD)	F	p-value
ความรู้รวม	60	31.40±5.20	47.20±4.80	45.80±5.10	285.34	<0.001**
พฤติกรรมสุขภาพรวม	100	60.80 ±8.70	81.60±6.27	78.90± 7.40	189.67	<0.001**

หมายเหตุ: ** คือ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ alpha = 0.05 (วิเคราะห์ด้วย Repeated Measures ANOVA)

ประสิทธิผลหลังเข้าโปรแกรมฯ ต่อความรู้ (Knowledge Enhancement) การเพิ่มขึ้น: คะแนนความรู้รวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง (F = 285.34, p < 0.001) โดยเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 31.40 ±5.20 เป็น 47.20 ±4.80 (หลังทันที) และหลัง 12 สัปดาห์ คะแนนความรู้คงรักษาระดับสูง 45.80 ± 5.10 คะแนน พฤติกรรมสุขภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง (F = 189.67, p < 0.001) โดยเพิ่มจาก 60.80 ±8.70 ก่อนร่วมโปรแกรมฯ เป็น 81.60 ±6.27 (หลังทันที) 78.90 ±7.40 ในระยะติดตาม 12 สัปดาห์ ลดลงเล็กน้อย จากค่าหลังโปรแกรมฯ ทันที แต่ก็ยังสูงกว่าค่าเริ่มต้นอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการวิเคราะห์พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง ($\chi 2 = 35.42, p < 0.001$) ตลอดช่วงเวลาของการวิจัย และพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึง 66.7% (รวมสองขั้น) ยังคงอยู่ในขั้นที่ยังไม่ได้ลงมือปฏิบัติจริง หลังได้รับโปรแกรมฯ สัดส่วนผู้ป่วยในขั้น Precontemplation ลดลงเหลือเพียง 8.90% ในระยะติดตาม 12 สัปดาห์ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่ขั้น Action เพิ่มขึ้นจาก 11.10% เป็นสูงสุดที่ 44.40% ทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้ป่วยเข้าสู่ขั้น Maintenance 11.10% ในระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ การคงสัดส่วนผู้ป่วยในขั้น Maintenance นี้ไว้ได้ 11.10% ผู้ป่วยเข้าสู่ขั้น Action ในระดับสูง 38.90%

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทางคลินิก ก่อน–หลังโปรแกรม และติดตามผล 12 สัปดาห์ (n=90)

ตัวแปรผลลัพธ์	ก่อนโปรแกรม ($\bar{X}$±SD)	หลังโปรแกรมทันที ($\bar{X}$±SD)	หลัง12 สัปดาห์ ($\bar{X}$±SD)	F	p-value
ค่าซิสโตลิก (SBP) (mm/Hg)	165.20 ± 9.50	150.50± 8.20	145.±7.90	78.35	<0.001**
ค่าไดแอสโตลิก (DBP) (mm/Hg)	102.80 ± 6.10	95.50 ±5.50	92.1 ±5.0	45.10	<0.001**
ดัชนีมวลกาย (BMI) (Kg/m^2)	26.80 ±3.20	26.10 ±3.10	25.50 ±2.90	15.60	<0.01**

*หมายเหตุ: ** คือ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ alpha = 0.05 (วิเคราะห์ด้วย Repeated Measures ANOVA)*

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (F = 78.35, p < 0.001) จาก 165.20 ±9.50 mm/Hg (ก่อนโปรแกรม) เป็น 145.80 ±7.90 mm/Hg (ติดตาม 12 สัปดาห์) ในทำนองเดียวกัน ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (F = 45.10, p < 0.001) จาก 102.80 ±6.10 mm/Hg เป็น 92.10± 5.00 mm/Hg ดัชนีมวลกาย (BMI): ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (F = 15.60, p < 0.01) จาก 26.80± 3.20 kg/m^2 เป็น 25.5 0±2.90 kg/m^2

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-Management Empowerment Program) มีประสิทธิผลสูงในการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง โดยสามารถรักษาระดับผลลัพธ์ที่ดีไว้ได้ตลอดระยะเวลาติดตามผล 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นการสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทุกประการ ดังนี้ การเพิ่มขึ้นของความรู้และพฤติกรรม (สอดคล้องกับ HBM) คะแนนความรู้ของผู้เข้าร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (จาก 31.40 ±5.20 เป็น 47.20 ±4.80 หลังโปรแกรม) และยังคงรักษาระดับสูงในระยะติดตาม 12 สัปดาห์ การเพิ่มขึ้นนี้สะท้อนว่าโปรแกรมประสบความสำเร็จในการให้ สัญญาณกระตุ้นการกระทำ (Cues to Action) ตามแนวคิดของ Health Belief Model (HBM) [10] โดยเฉพาะการให้ความรู้เชิงปฏิบัติเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (FAST) และปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ชัดเจนและเกิดการ รับรู้ถึงความรุนแรง (Perceived Severity) และ รับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำเพื่อป้องกัน (Perceived Benefits) ก็จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นรูปธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่ พฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จาก 60.80 ±8.70 เป็น 81.60 ±6.20 โดยเฉพาะด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์/ความเครียด ความยั่งยืนของพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงขั้นตอน (สอดคล้องกับ TTM) จุดแข็งที่สุดของงานวิจัยนี้คือการแสดงผลการเปลี่ยนแปลง ขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change) ซึ่งเป็นหัวใจหลักของ Transtheoretical Model (TTM) [2] ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการก้าวผ่านขั้นตอนจาก Contemplation (38.90%) และ Precontemplation (27.80%) ไปสู่ขั้น Action (44.40%) และ Maintenance (11.10%) อย่างชัดเจนหลังการได้รับโปรแกรม และสามารถ คงสถานะ Maintenance ไว้ได้ ที่ร้อยละ 11.1 เมื่อติดตาม 12 สัปดาห์ การเปลี่ยนแปลงนี้ตอกย้ำว่า การออกแบบโปรแกรมแบบรายบุคคล (Tailor-made Intervention) ที่ให้คำแนะนำและกิจกรรมที่สอดคล้องกับความพร้อมของผู้ป่วยในแต่ละขั้นของ TTM นั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยการให้คำปรึกษาที่เน้น กระบวนการเปลี่ยนแปลง (Processes of Change) ตามขั้นความพร้อมช่วยเสริมสร้าง ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเป็นปัจจัยเชื่อมโยงที่สำคัญระหว่าง TTM และ HBM การที่พฤติกรรมดีขึ้นอย่างยั่งยืนในระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่าการบูรณาการแนวคิด TTM ในโปรแกรมการเรียนรู้มีประสิทธิผลในการช่วยให้ผู้ป่วย เอาชนะอุปสรรค ในการลงมือปฏิบัติและสร้าง ความยั่งยืน ของพฤติกรรมสุขภาพใหม่ได้สำเร็จ [3, 13]

สรุป โปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-Management Empowerment Program) มีประสิทธิผลอย่างชัดเจนในการเพิ่มความรู้และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง โดยผลลัพธ์แสดงถึงความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงในระยะ 12 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งเป็นผลจากการบูรณาการแนวคิดทฤษฎี HBM และ TTM ในการออกแบบและดำเนินการโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

การปฏิบัติทางคลินิก

1. การนำไปใช้ในคลินิก โรงพยาบาลพนมสารคาม ควรนำโปรแกรม 3 อ. 2 ส. ที่เน้นการประเมิน Stages of Change ไปประยุกต์ใช้ในคลินิกความดันโลหิตสูงอย่างเป็นระบบ เพื่อให้บุคลากรสามารถให้คำปรึกษาแบบ รายบุคคล (Tailor-made) ในการติดตามและเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. การพัฒนาสื่อ ควรมีการจัดทำ คู่มือและสื่อการเรียนรู้แบบพกพา สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการปฏิบัติที่บ้าน โดยเน้นย้ำเทคนิคสำคัญ เช่น การสังเกตอาการ FAST และการจัดการความเครียด

การวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาความยั่งยืนระยะยาว ควรมีการศึกษาเพื่อ ประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ ในระยะเวลาที่ยาวนานกว่า 12 สัปดาห์ (เช่น 6 หรือ 12 เดือน) เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว

2. การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่ครอบคลุม ควรมีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ๆ ที่สำคัญและบ่งชี้ความเสี่ยงอย่างตรงไปตรงมา เช่น ระดับความดันโลหิต (BP), ระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C (ถ้ามีเบาหวานร่วมด้วย), ระดับไขมัน LDL, BMI, และอัตราการเกิด Stroke ที่ลดลง เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ชัดเจน

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ข้อจำกัดด้านรูปแบบการวิจัย (Design Limitation) การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการศึกษากึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest–posttest design) ซึ่งมีความเข้มแข็งทางวิชาการน้อยกว่าการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมในการสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal relationship) เนื่องจากไม่สามารถควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวนภายนอก เช่น ปัจจัยด้านวุฒิภาวะ (Maturation) หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายนอก (History) ได้อย่างสมบูรณ์

2. ข้อจำกัดด้านกลุ่มตัวอย่าง (Sampling Limitation) กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่โรงพยาบาลพนมสารคาม และมีระดับการศึกษาที่ค่อนข้างสูง (ส่วนใหญ่ปริญญาตรี) ซึ่งอาจทำให้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นเกิดจากความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยเอง (Selection Bias) ด้วยเหตุนี้ การสรุปอ้างอิง (Generalizability) ผลการวิจัยไปยังผู้ป่วยในบริบทอื่น ๆ จึงต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวัง

3. ข้อจำกัดด้านระยะเวลาการติดตาม (Follow-up Period) การติดตามผลเพียง 12 สัปดาห์ (3 เดือน) แม้จะแสดงถึงความยั่งยืนในระยะกลาง แต่ไม่เพียงพอต่อการยืนยัน การคงพฤติกรรมในระยะยาว (Long-term Maintenance) ซึ่งตามแนวคิด TTM มักใช้เวลา 6 เดือนขึ้นไป

4. ข้อจำกัดด้านเครื่องมือวัด (Measurement Limitation) การวัดตัวแปรหลักอาศัยเครื่องมือแบบสอบถามที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Self-reported measures) ซึ่งอาจนำมาซึ่ง ความลำเอียงในการตอบ (Social desirability bias) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ได้บรรเทาข้อจำกัดนี้ด้วยการวัดค่าทางคลินิก (ความดันโลหิต, น้ำหนัก, รอบเอว) ควบคู่ไปด้วย

การนำไปใช้

1. ประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลและระบบบริการสุขภาพ (Clinical and Practical Benefits) งานวิจัยนี้ได้ เครื่องมือและรูปแบบที่พร้อมนำไปใช้ (Ready-to-use Intervention Model) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ และสหวิชาชีพปฏิบัติงานในคลินิกความดันโลหิตสูง

2. การเพิ่มคุณภาพบริการ เป็นการยกระดับคุณภาพบริการในโรงพยาบาลพนมสารคาม จากการดูแลที่เน้นการรักษามาเป็นการดูแลที่เน้น การเสริมสร้างศักยภาพและการจัดการตนเอง (Empowerment) ของผู้ป่วยตามแนวทาง Primary Prevention อย่างแท้จริง

3. ประโยชน์ต่อการวางแผนนโยบายและสังคม (Policy and Social Benefits) การนำโปรแกรมไปใช้อย่างแพร่หลายและยั่งยืน จะนำไปสู่การ ลดภาระโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมของประเทศ ซึ่งจะช่วยลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาลและการฟื้นฟูในระยะยาว ส่งผลดีต่อความมั่นคงทางสุขภาพและเศรษฐกิจของครอบครัวและชุมชนโดยรวม

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2021 Stroke Collaborators.(2023). Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2021. The Lancet. 2023; 402(10410): 1406-1413.
2. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al.(2024). Heart Disease and Stroke Statistics—2024 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation. 2024; 149(4): e219-e741.
3. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov L, Marczak S, et al.(2017). Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure, 1990-2015. JAMA. 2017; 317(16): 1657-1681.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค.
5. Sritara P, Ratanachaiwong W.(2018). Burden of stroke in Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand. 2018; 101(1): S12-S19.
6. Hatthi, A., Wipulakorn, K., Srisaeng, P., & Khunkaew, R. (2020). Burden of disease in Thailand. Health Systems Research Institute. https://www.ihppthaigov.net/research/bod.
7. Thai Hypertension Society.(2023). Thai Guidelines on the Treatment of Hypertension. Bangkok: Thai Hypertension Society.
8. โรงพยาบาลพนมสารคาม.(2568). รายงานสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบประมาณ 2567-2568. ฉะเชิงเทรา: โรงพยาบาลพนมสารคาม.
9. DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SM, Velicer WF, Rossi JS, et al.(1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. J Consult Clin Psychol. 1991; 59(2): 295–304.
10 Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH.(1988). Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q. 1988; 15(2): 175-183.
11. Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
12. Prochaska JO, DiClemente CC.(1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983; 51(3): 390-395.
13. Field A.(2018). Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics. 5th ed. London: Sage Publications.
14. Choi YJ, Lee H, Kang C.(2021). Effectiveness of a smoking cessation program based on the Transtheoretical Model (TTM) for patients with hypertension: A systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(17): 9153.
15. Cronbach LJ.(1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951; 16(3): 297-334

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI)

Development of Nursing Practice Guidelines for Discharge Planning of Patients with Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI).

(Received: March 7,2026 ; Revised: March 12,2026 ; Accepted: March 17,2026)

ชัชนันท์ ดียิ่ง[1] จิราภรณ์ ฉลานุวัฒน์[2] กรรณิกา ยะหัตตะ[3] วิทยา ประทุมทอง[3]
Chutchanun Deeying[1],Chiraporn Chalanuwat[2], Kannika Yahatta[3], Wittaya Prathumthong[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) และศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ดำเนินการ 4 ระยะ 1. ศึกษาปัญหาและสถานการณ์ 2. พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 3.ทดลองใช้แนวปฏิบัติ 4. ประเมินผล โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพ 20 คน และผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI 22 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ 1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย ฯ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายใน 28 วัน แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired sample t – test

ผลการวิจัย พบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย ฯ ไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายใน 28 วัน ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับดี (mean = 4.42 SD = .34) และสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .000) การประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.45 SD = .36)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการทางพยาบาล การวางแผนจำหน่าย พฤติกรรมการดูแลตนเอง การกลับมารักษาซ้ำ

Abstract

The objective of this action research was to develop nursing practice guidelines for discharge planning in patients with Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) and to examine the effects of using these guidelines on self-care behaviors and readmission rates. The study was conducted in four stages: 1) identifying problems and situations, 2) developing nursing practice guidelines, 3) testing the guidelines, and 4) evaluating the results. The sample consisted of two groups: 20 professional nurses and 22 NSTEMI patients. The tools used included 1) nursing practice guidelines for discharge planning, 2) a self-care behavior assessment, 3) a record of readmission within 28 days post-discharge, and 4) an evaluation of nurses' opinions on the use of the guidelines. Data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, and Paired sample t-test statistics.

The results revealed that after using the nursing practice guidelines for discharge planning, no patients were readmitted within 28 days. The average self-care behavior level was rated as good (mean = 4.42, SD = 0.34), and it significantly improved compared to before the implementation of the guidelines (P < 0.000). The assessment of nurses' perceived feasibility of using the guidelines showed the highest average rating (mean = 4.45, SD = 0.36).

Keywords: nursing practice guidelines, discharge planning, self-care behaviors, readmission

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
[2] พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

สถิติองค์การอนามัยโลก (who) รายงานอัตราการเสียชีวิตของประชากรโลกจำนวน 58 ล้านคน มีอัตราการมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง 17.5 ล้านคน หรือ ร้อยละ 29 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกและมีแนวโน้มว่าจะรุนแรงมากขึ้นทุก ๆ ปี จากการคาดการณ์ ภายในปี พ.ศ. 2565 ทั่วโลก จะมีประชากรเสียชีวิตจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 25 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 30 ซึ่งจะเกิดขึ้นกับประชากรในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาประมาณ 19 ล้านคน หรือ ร้อยละ 80 ถ้าหากประชากรยังไม่สามารถที่จะหยุดยั้งพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเกิดโรคได้ ปัญหาดังกล่าวก็จะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ อุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาทั้งนี้มีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตหลายประการ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ โดยผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคหัวใจชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยในซีกโลกตะวันตก แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาคของโลก รายงานสถิติกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ปี พ.ศ. 2564 โรคหัวใจขาดเลือด ปี พ.ศ. 2562-2564 เสียชีวิต 20,556 คน ,21,309 คน และ 21,870 คน คิดเป็น 31.4 ต่อแสนประชากร 32.6 ต่อแสนประชากร 33.5 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น[1,2]

โรงพยาบาลพุทธโสธรเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ให้บริการรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI ภายในจังหวัดตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย โดยเปิดบริการหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมหัวใจ และหอผู้ป่วยอายุกรรม จำนวน 8 หอ จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI ปี 2563-2565 จำนวน 382, 386 และ 424 ราย ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตปี 2563-2565 ร้อยละ 13., 12.1 และ11.7 ตามลำดับ พบอัตราการผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ในปี 2563-2565 ร้อยละ 5.49, 5.18 และ 4.0 ตามลำดับ[3] จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด NSTEMI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพุทธโสธรเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมหัวใจเมื่อพ้นระยะวิกฤตจึงย้ายไปหอผู้ป่วยอายุรกรรมโดยยังไม่มีแนวทางในการวางแผนจำหน่ายที่เป็นระบบและต่อเนื่องจากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพไม่ครบถ้วน และในระหว่างการดูแลผู้ป่วยไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง การที่บุคลากรมีหลายระดับประสบการณ์และสมรรถนะในด้านโรคหัวใจขาดเลือดนั้นแตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยและญาติได้ข้อมูลหรือวิธีการสื่อสารที่ต่างกัน ทั้งการวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเพียงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคสั้นๆ ไม่ครบถ้วนตรงกับปัญหาและความต้องการ ในส่วนของการส่งต่อข้อมูลเน้นเรื่องแผนการรักษาการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันให้ได้รับความปลอดภัยรวมทั้งมีการจำหน่ายผู้ป่วยภายหลังพ้นภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็วเพื่อเตรียมรับผู้ป่วยรายใหม่ จึงทำให้มีเวลาสอนแนะนำความรู้หรือให้ข้อมูลการวางแผนจำหน่ายเพียงระยะเวลาสั้น ๆ ประกอบกับการที่มีภาระงานมากเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจึงจำเป็นต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดทำให้พยาบาลไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับจาการศึกษา[4] พบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพไม่ครบถ้วน ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และเมื่อย้ายหอผู้ป่วยไม่มีการส่งต่อข้อมูลเพื่อวางแผนจำหน่ายต่อเนื่อง การให้คำแนะนำในวันที่จะผู้ป่วยกลับบ้านภายหลังได้รับยาโดยเน้นเรื่องการใช้ยา การตรวจตามนัด พบว่าการสอนการวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองภายหลังจำหน่าย ทั้งนี้ขึ้นกับพยาบาล

แต่ละคนหรือการให้ข้อมูลตามแผ่นพับ ไม่มีการประเมินความต้องการ และประเมินความสามารถในการรับรู้ พบว่าการวางแผนจำหน่ายเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยมีกระบวนหรือขั้นตอนการประเมินปัญหา ความต้องการ การวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย และการติดตามประเมินผลภายหลังจำหน่าย ร่วมทั้งการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI ให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง และไม่กลับมารักษาซ้ำ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวางแผนจำหน่ายเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยมีกระบวนหรือขั้นตอนการประเมินปัญหา ความต้องการ การวางแผน การปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย และการประเมินผลภายหลังจำหน่าย ร่วมทั้งการดูแลต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบ D-METHOD ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่1 ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพการทำงานของหัวใจสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ เน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยง เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงหลังเกิดโรคหัวใจจะช่วยชะลอการดำเนินของโรค ซึ่งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ผ่านมาพบว่าแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดไม่เป็นมาตรฐานและรูปแบบเดียวกันทำให้บุคลากรทางสุขภาพขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายที่มีมาตรฐานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จะทำให้การวางแผนจำหน่ายครอบคลุมครบถ้วนมีความน่าเชื่อถือ ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถลดการกลับมารักษาซ้ำ[5]

ผู้วิจัยจึงดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI โดยใช้กรอบแนวคิดของซูคัพ[6] ซึ่งมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบแบ่งเป็น 4 ระยะ โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาอ้างอิงมีกระบวนการชัดเจนต่อการนำไปใช้ปฏิบัติมุ่งเน้นการพัฒนาแนวปฏิบัติจากปัญหาที่แท้จริงภายใต้บริบทหรือสถานการณ์ ใช้งานวิจัยหรือวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาสังเคราะห์ประเมินระดับคุณภาพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบจากโรงพยาบาลสู่บ้านร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI ให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง และไม่กลับมารักษาซ้ำ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI)

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) พัฒนาแนวปฏิบัติทางการ

พยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ได้รับการวางแผนจำหน่ายที่มีมาตรฐาน โดยใช้ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (The Center for Advanced Nursing Practice Evidence-based Practice Model) ประเทศสหรัฐอเมริกาของซูคัพ[6] เป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุมและเน้นที่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มีแนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ระยะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา เป็นผู้ป่วยชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI ที่มารักษา โรงพยาบาลพุทธโสธร

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI จำนวน 25 คน ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ CCU และหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร ระหว่างเดือนเมษายน 2567 ถึงเดือนมิถุนายน 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) การกำหนดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power version 3.1 ค่าขนาดอิทธิพลที่ 0.80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 คน และเพื่อป้องกันการสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกเป็น 25 คน

โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) 1. เป็นผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI 2. มีระดับความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 3. ไม่มีอาการผิดปกติ ได้แก่ หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก 4. มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 5.แพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถเข้าร่วมโครงการได้ เกณฑ์การคัดออกจากศึกษา (Exclusion criteria) 1. กลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ได้แก่ เจ็บหน้าอก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่อันตรายและ/หรือควบคุมไม่ได้ ได้แก่ Second degree A-V block, Third degree A-V block, ventricular tachycardia หอบเหนื่อย 2.ไม่สามารถติดตามอาการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction NSTEMI : ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและเตรียมก่อนวางแผนจำหน่าย (การประเมินความพร้อมและความต้องการวางแผนจำหน่าย) ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนจำหน่าย (การกำหนดเป้าหมายการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย แผนการสอนการวางแผนจำหน่าย คู่มือการดูแลตนเอง VDO การออกกำลังกาย แผ่นพับ line Official Account) ขั้นตอนที่ 3การประเมินและติดตามภายหลังจำหน่าย (การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมวันที่ 2 และ 8 หลังจำหน่าย การให้คำปรึกษา การส่งต่อข้อมูล) รายละเอียดของเครื่องมือในแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด ชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ดังนี้คือ แบบประเมินความพร้อมและความต้องการก่อนจำหน่าย แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย D-METHOD แบ่ง 3 กลุ่มตาม EF% แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคหัวใจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นักกายภาพบำบัดชำนาญการ ที่มีประสบการณ์ ดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI =0.9

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ (Killip class) grace risk score Ejection Faction (EF) โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่และสุรา วันที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วย วันจำหน่าย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ทั้งหมด 7 ด้าน ประกอบด้วยด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการสูบบุหรี่ ด้านดื่มสุรา ด้านการใช้ยา/รับประทานยา และการสังเกตอาการผิดปกติ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 1 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ 2 หมายถึง การปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ 3 หมายถึง การปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ 4 หมายถึง การปฏิบัติ 4-5 วันต่อสัปดาห์5 หมายถึง การปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์ แปลผลค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนองโดยใช้ค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.51-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.51-4.50 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.51-3.50 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.51-2.50 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.50 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าความตรงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ CVI: .92 Cronbach's Alpha .85, Interrater Reliability = 90.77%

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) บันทึกข้อมูลการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ที่กลับเข้ารักษาที่ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพุทธโสธรด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจชนิด NSTEMI โดยจะนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนถึง 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ของผู้ให้บริการ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 5 ข้อประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสำหรับพยาบาลเพื่อประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ประกอบด้วยคำถามปลายปิด จำนวน 6 ข้อ ดังนี้ ความสะดวกและง่ายในการนำไปใช้งาน ความครบถ้วนครอบคลุมของเนื้อหาแนวปฏิบัติ ความเหมาะสมกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน แนวปฏิบัติสามารถใช้แก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้ป่วย ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติไปใช้ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด แปลผลค่าคะแนนระดับความคิดเห็น ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21-5.00 หมายถึงความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20 หมายถึงความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61-3.40 หมายถึงความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.60 หมายถึงความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80 หมายถึงความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าความตรงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ ค่า CVI = .83, Cronbach's Alpha = .92

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้รูปแบบการพัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Soukup, 2000) ประกอบด้วย 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิกจากตัวกระตุ้น (Evidence trigger phase) เพื่อทราบสาเหตุ
ของปัญหาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1. จากการปฏิบัติงาน(Practice trigger) โดยการศึกษาจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย และการปฏิบัติงานจริงในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 2.จากแหล่งความรู้ (Knowledge trigger) โดยศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Support Phase) ได้สืบค้นและคัดเลือกจากเอกสารและงานวิจัยที่ได้ฉบับเต็ม (full text) และตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ / ภาษาไทย ตามกรอบการตั้งคำถาม PICO framework โดยคำสำคัญที่ ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ discharge planning Nursing practice guideline Acute Coronary Syndrome NSTEMI Readmit ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Thiajo, MEDLINE ฐานข้อมูลงานวิจัยทางการพยาบาลแห่งประเทศไทย และ จากงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์ จากวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา และสืบค้นด้วยมือ ได้แก่ วารสารวิชาการฉบับ ตีพิมพ์ และรายการเอกสารอ้างอิงจากท้ายรายงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2018 - 2023 ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 1 เรื่อง 48 เรื่อง มีการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ สรุปหลักฐานที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกในการที่จะนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI จำนวน 11 เรื่อง นำมาจัดลำดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ และระดับของข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติ ตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์ คือ หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ A จำนวน 9 เรื่อง เรื่องระดับ C จำนวน 2 เรื่อง นำมายกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินก่อนวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย การประเมินติดตามภายหลังวางแผนจำหน่าย ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (อายุรแพทย์โรคหัวใจ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด) รวบรวมข้อคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ ประเมินคุณภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้ The Appraisal of Guidelines for Research &Evaluation: AGREE II (The AGREE Collaboration, 2001) รวมทั้งหมด 23 ข้อคำถาม ประเมินคุณภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้ The Appraisal of Guidelines for Research &Evaluation: AGREE หมวดที่ 1 ร้อยละ 88.89,

หมวดที่ 2ร้อยละ 88.89, หมวดที่ 3 ร้อยละ 80.95, หมวดที่ 4 ร้อยละ 91.67, หมวดที่ 5 ร้อยละ 81.48, หมวดที่ 6 ร้อยละ 88.89 จัดอบรมพยาบาลวิชาชีพ 20 คน

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สังเคราะห์ได้ไปศึกษานำร่อง(Evidence-observed Phase) ทดลองใช้เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการนำไปใช้และปัญหาในการปฏิบัติประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพทดลองใช้แนวปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI ที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (CCU) และหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป 4 หอ จำนวน 20 คน ผู้ศึกษานำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI 5 คน ประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง ในช่วงเดือนเมษายน 2567

ระยะที่ 4 นำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้และประเมินผล (Evidence based Phase) โดยมีการดำเนินการ 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 4.1 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาล

นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรคหัวใจ (CCU) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจำนวน 4 หอได้แก่ 1 หอผู้ป่วยอายุกรรมชายชั้น 8 หอผู้ป่วยอายุกรรมหญิงชั้น7 หอผู้ป่วยประกันสังคมชาย หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรคหัวใจ (CCU) โรงพยาบาลพุทธโสธร ในช่วงเดือนเมษายน-มิถุนายนพ.ศ.2567 โดยจัดทำเป็นคู่มือฉบับย่อ(One pages Algorithm) แผ่นพับคู่มือการดูแลตนเองผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI VDO การออกกำลังกาย Official Line Accounts และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินก่อนวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย การประเมินติดตามภายหลังวางแผนจำหน่าย นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้กลุ่มตัวอย่าง 25 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน เมษายน 2567-มิถุนายน 2567

ขั้นตอนที่ 4.2 ประเมินผล

การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงเดือนเมษายน-เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567

1. ด้านผู้ป่วย โดยติดตามประเมินผลลัพธ์การกลับมารับการรักษาซ้ำ และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI)

2. ด้านผู้ปฏิบัติโดยการประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ข้อข้อมูล ใส่รหัส แล้วประมวลผู้เบื้องต้นด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและพยาบาล ด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ก่อน-หลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ฯ ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน วิเคราะห์ด้วยสถิติ

ทดสอบ Paired Sample t-test วิเคราะห์ข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ระดับความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. การศึกษาปัญหาในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST ElevationMyocardial Infarction (NSTEMI) ระหว่างปี พ.ศ.2563-2565 พบอัตราการผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ในปี 2563-2565 ร้อยละ 5.49, 5.18 และ 4.0 ตามลำดับซึ่งเกินกว่าค่าเป้าหมาย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ พบว่า การวางแผนจำน่ายขาดความต่อเนื่องไม่มีการส่งต่อข้อมูลและการลงบันทึกรายละเอียด และไม่มีการเตรียมหรือประเมินความพร้อมของผู้ป่วย เนื้อหาไม่ครอบคลุมและครบถ้วน ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวไม่มีการติดตามผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายขาดการเชื่อมต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง ด้วยเหตุที่ไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation
Myocardial Infarction (NSTEMI) มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินก่อนวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย การประเมินติดตามภายหลังวางแผนจำหน่าย

2. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ดังนี้

2.1 ด้านผู้รับบริการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ข้อมูลระหว่างวันที่ 1เมษายน 2567-30 มิถุนายน 2567 จำนวน 22 คน (25 คน ตัดออกจากโครงการวิจัย 3 คนเนื่องจากติดตามไม่ได้หลังจำหน่าย) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ63.6 มีอายุระหว่าง 60-70 ปี มากที่สุดร้อยละ 63.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.2 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.1 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.9 มีโรคประจำตัวที่ร้อยละ 77.3 สูบบุหรี่ที่ ร้อยละ 50 ไม่ดื่มสุราร้อยละ 63.6 Killip classification Class I ร้อยละ 68.2 Grace Risk Score ในช่วง 1-108 มากที่สุดร้อยละ 40.9 และ EF >40 % ที่ร้อยละ 63.6 ตารางที่1

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติวิเคราะห์โดยสถิติ Paired Sample T-Test ดังนี้

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) รายด้าน ทั้ง 7 ด้านและโดยรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลัง ได้รับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อน ได้รับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ โดยพบว่าก่อนได้รับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง (mean = 2.98 SD = .77)

หลังได้รับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี (mean = 4.42 SD = .34) พบว่าเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนได้รับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ฯ มากที่สุดคือ ด้านการใช้ยา (mean = 5.00 SD = .00) และการสังเกตอาการผิดปกติ (mean = 5.00 SD = .00) รองลงมาคือด้านการดื่มสุรา และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (mean = 4.86 SD = .46)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯรายด้าน ทั้ง 7 ด้านและโดยรวม พบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การใช้ยา และการสังเกตอาการผิดปกติ ก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ พฤติกรรมโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.000) เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน พบว่าพฤติกรรม 5 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการสังเกตอาการผิดปกติ ก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.000)

การกลับมารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) หลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) พบกลุ่มตัวอย่างไม่มีการกลับมารับการรักษาซ้ำใน 28 วัน ร้อยละ 100.0

2.2 ด้านผู้ให้บริการ ผลการวิเคราะห์พบว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 45.0 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 100.0 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 45.0 และ > 10 ปี ร้อยละ 45.0 ประสบการณ์ในการประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับโรคหัวใจ ส่วนใหญ่อบรมระยะสั้น < 1 สัปดาห์ ร้อยละ 60.0

ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) รายข้อ และในภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยทุกข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ ความครบถ้วนครอบคลุมของเนื้อหาแนวปฏิบัติ (mean = 4.55 SD = .51) และแนวปฏิบัติสามารถใช้แก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้ป่วย (mean = 4.55 SD = .51) รองลงมาคือ ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ (mean = 4.45 SD = .51) ความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.45 SD = .36)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) มีผู้ป่วยออกจากโครงการวิจัย 3 คน เนื่องจากไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังจำหน่าย

การกลับมารักษาซ้ำกลุ่มตัวอย่างพบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย ฯไม่มีการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ร้อยละ 100 อภิปรายว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย ฯ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI โดยมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายและติดตามต่อเนื่องที่บ้าน การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ฯโดยทีมสหวิชาชีพ

มี มีการประเมินความพร้อม และความต้องการการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วย การให้ความรู้โดยมีเนื้อหาควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และการฝึกทักษะที่สำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เช่นการออกกำลังกายที่เหมาะสมซึ่งผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวันได้จริง โดยประเมินจากค่า EF และ Killip class ตลอดจนการวางแผนจำหน่าย และแบบบันทึกวางแผนจำหน่ายใช้ D-METHOD ที่สามารถส่งต่อข้อมูลกับทีมสุขภาพได้ครบถ้วนตามกลุ่มของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก โรงพยาบาลสกลนครของจันทร์เพ็ญ แสงผา, อุไรวรรณ ศรีดามา, ทัศนีย์ แดขุนทด[7] ซึ่งพบว่าไม่มีการกลับมารักษาใน 28 วัน ร้อยละ 100

พฤติกรรมการดูแลตนเองเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย ฯ ดีขึ้นทุกด้าน และโดยรวม พบว่าเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.000) อภิปรายได้ว่าเนื่องจากแนวปฏิบัติพัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีขั้นตอนการประเมินความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยก่อนวางแผนจำหน่าย ในขั้นตอนการวางจำหน่ายใช้ D-METHOD ซึ่งสามารถแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้ค่า Ejection Fraction (EF) ทำให้ตรงกับสภาพอาการและปัญหาของผู้ป่วย มีการให้ความรู้คำแนะนำ ร่วมกับการสื่อสารในรูปแบบต่างๆเช่น แผ่นพับ VDO การออกกำลังกาย มีคู่มือการดูแลตนองสำหรับผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI เนื้อหาครบถ้วนง่ายชัดเจนมีรูปภาพประกอบผู้ป่วยสามารถพกติดตัวได้ และขั้นตอนการติดตามประเมินหลังวางแผนจำหน่าย ได้นำ Official Line Accounts มาใช้ พบว่าส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เข้าใจได้ดีขึ้นผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถย้อนกลับมาดูเนื้อหาความรู้ในการดูแลตนเองด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความรู้เรื่องโรค ผ่านทางช่องทางดังกล่าวได้ตลอดเวลาและเมื่อมีข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลหรือปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการได้โดยตรงผ่าน Official Line Accounts ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการพัฒนาแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของสุปราณี พลธนะ[8] พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ตามหลัก 3อ.2ส.1ย. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การงดสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และการรับประทานยา) สูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยการโทรศัพท์เยี่ยม วันที่ 2 และ 8 หลังจำหน่าย เพื่อประเมินอาการและคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ส่งผลให้ระดับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นทุกด้าน และพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง 5 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการสังเกตอาการผิดปกติ ก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.000)

การประเมินความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.45 SD = .36) ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (mean = 4.45 SD = .51) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ D-METHOD[4] และ ผลการใช้แนว

ปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก โรงพยาบาลสกลนคร[2] อภิปรายว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นได้ผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอของทีมสหวิชาชีพทำให้มีเนื้อหาครบถ้วนง่ายและสะดวกเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย มีความพึงพอใจสามารถนำไปใช้ได้จริง

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการวางแผนผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายและต่อเนื่องหลังจำหน่าย ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI ที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในหน่วยงาน เพื่อให้การดูแลเป็นระบบ มีความต่อเนื่อง และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

2. พยาบาลควรประเมินความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับ และใช้รูปแบบ D-METHOD ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

3. ควรส่งเสริมการใช้สื่อการสอนและระบบติดตามหลังจำหน่ายที่หลากหลาย เช่น คู่มือ แผ่นพับ สื่อดิจิทัล และการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

4. ควรมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลและศึกษาติดตามผลในระยะยาวหรือในบริบทหน่วยงานอื่น เพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวปฏิบัติและนำไปขยายผลใช้ในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2021). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2563. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
2. สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.(2563). แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเตปดีไซน์.
3. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพุทธโสธร. (2566). สถิติผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด NSTEMI ปี 2563-2565. โรงพยาบาลพุทธโสธร
4. พรทิพย์ บุญกันทะ.(2023). การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จังหวัดนครปฐม. วารสารกองการพยาบาล. 2023;50(1):59-74.
5. ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า.(2561). ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ D-METHOD ต่อความพึงพอใจและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2561; 3 (3): 19-27.
6. Soukup SM.(2000). Evidence-based practice model promoting the scholarship. In: Soukup SM, Beason CF, editors. Nursing Clinics of North America. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. p.301-309.
7. จันทร์เพ็ญ แสงผา, อุไรวรรณ ศรีดามา, ทัศนีย์ แดขุนทด.(2023). ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการจำหน่ายแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารวิชาการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. 2023;1(2):1-9.
8. สุปราณี พลธนะ, สุพัตรา นุชกูล, สาธวี แย้มดอนไพร, สุภัตรา ลิบลับ, ละอองดาว วรรณฤทธิ์.(2566). ผลของการพัฒนาแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2566; 15 (2): 208-218

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

Prevalence and Factors associated with Caregiver Burden of Schizophrenia Patients in Don Mod Daeng District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: February 3,2026 ; Revised: February 7,2026 ; Accepted: February 9,2026)

ฉัตรชัย เอ็งอุทัยวัฒน์[1]
Chatchai Enguthaiwat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 187 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนจากหน่วยบริการสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย และแบบประเมินภาระการดูแล Zarit Burden Interview ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ chi-square หรือ Fisher's exact test การทดสอบ t-test หรือ Mann–Whitney U test และการวิเคราะห์ logistic regression

ผลการศึกษา: พบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 80.75 โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.25) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression ได้แก่ รายได้ครอบครัวไม่เพียงพอ (Adjusted OR = 4.20, 95% CI: 1.13–15.55) การดื่มสุราของผู้ดูแล (Adjusted OR = 12.55, 95% CI: 1.07–146.73) และการไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย (Adjusted OR = 4.41, 95% CI: 1.49–13.01)

คำสำคัญ (Keywords): โรคจิตเภท; ผู้ดูแล; ความรู้สึกเป็นภาระ

Abstract

This study aimed to study the prevalence and factors associated with caregiver burden among caregivers of patients with schizophrenia in Don Mod Daeng District, Ubon Ratchathani Province. This survey research by cross-sectional study collected data from 187 primary caregivers of patients with schizophrenia using proportionate stratified random sampling from health service units. The research instruments consisted of questionnaires on caregivers' and patients' general characteristics and the Thai version of the Zarit Burden Interview. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test or Fisher's exact test, independent t-test or Mann–Whitney U test, and logistic regression analysis.

Results: The prevalence of caregiver burden among caregivers of patients with schizophrenia was 80.75%, with the majority experiencing a moderate level of burden (42.25%). Factors significantly associated with caregiver burden based on multiple logistic regression analysis included insufficient family income (Adjusted OR = 4.20, 95% CI: 1.13–15.55), alcohol consumption among caregivers (Adjusted OR = 12.55, 95% CI: 1.07–146.73), and absence of caregiving assistance (Adjusted OR = 4.41, 95% CI: 1.49–13.01).

Keywords: Schizophrenia; Caregivers; Caregiver burden

[1] พ.บ.แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
Corresponding author. E-mail address : guckpisces17@gmail.com

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชเรื้อรังที่มีความรุนแรงและซับซ้อน ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยมักมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดและพฤติกรรมที่ผิดปกติ รวมถึงการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ทางสังคมและการดำรงชีวิตประจำวัน โรคจิตเภทมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและกำเริบซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างเต็มที่ และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวจากครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก[1]

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้เปลี่ยนจากการรักษาในสถานพยาบาลระยะยาวไปสู่การดูแลแบบเน้นชุมชน (community-based mental health care) มากขึ้น แม้แนวทางดังกล่าวจะช่วยลดภาระของระบบบริการสุขภาพและส่งเสริมการใช้ชีวิตในสังคมของผู้ป่วย แต่ในทางปฏิบัติกลับส่งผลให้ภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทถูกถ่ายโอนไปยังครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ดูแลหลักซึ่งมักเป็นบิดามารดา คู่สมรส หรือญาติสายตรง ต้องรับผิดชอบทั้งการดูแลด้านร่างกาย การกำกับการใช้ยา การเฝ้าระวังอาการกำเริบ รวมถึงการจัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน[2] บทบาทการดูแลดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ซึ่งเป็นภาวะความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลายมิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยมักแสดงออกในรูปของความเหนื่อยล้าเรื้อรัง ความวิตกกังวล ความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ และคุณภาพชีวิตที่ลดลง ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจส่งผลเสียต่อทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยในระยะยาว[1]

หลักฐานจากการศึกษาทั่วโลกชี้ว่าความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความชุกอยู่ในระดับสูง โดยมีรายงานว่าผู้ดูแลประมาณหนึ่งในสามจนถึงมากกว่าสองในสามมีภาระการดูแลในระดับปานกลางถึงรุนแรง ตัวอย่างเช่น การศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 38.2 มีภาระการดูแลในระดับรุนแรง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องสามารถอธิบายความแปรปรวนของ caregiver burden ได้มากกว่าร้อยละ 50 (Rahmani et al., 2022)[2] ขณะที่การศึกษาในประเทศไนจีเรียรายงานว่าผู้ดูแลมากถึงร้อยละ 85[3] ปัจจัยด้านอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะระดับความพิการ การกำเริบซ้ำของโรค และพฤติกรรมก้าวร้าวหรือความรุนแรง มีความสัมพันธ์กับระดับภาระการดูแลที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับการคุกคามทางวาจา การควบคุมอารมณ์ที่บกพร่อง หรือการทำร้ายร่างกายจากผู้ป่วย มีแนวโน้มเกิด caregiver burden ในระดับสูง ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยและสุขภาพจิตของผู้ดูแล[4-5]

ปัจจัยด้านผู้ดูแลเองก็มีบทบาทสำคัญต่อระดับของ caregiver burden ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศหญิง ระดับการศึกษาต่ำ รายได้ครัวเรือนต่ำ การสูญเสียโอกาสทางเศรษฐกิจจากการดูแลผู้ป่วย รวมถึงระยะเวลาและจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน งานวิจัยชี้ว่าผู้ดูแลที่ต้องรับบทบาทการดูแลเป็นระยะเวลานานและขาดทรัพยากรสนับสนุนมีแนวโน้มเกิดภาระการดูแลในระดับสูง [2,6]ในระดับครอบครัวและสังคม การขาดการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาปเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการทำหน้าที่ของครอบครัวที่บกพร่องล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้ caregiver burden ทวีความรุนแรงขึ้น มีงานวิจัยพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลมากกว่าปัจจัยด้านผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว [7]

แม้ว่าประเทศไทยจะมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง แต่ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในอำเภอชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีอยู่อย่างจำกัด ลักษณะบริบททางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ความยากจน การเข้าถึง

บริการสุขภาพที่จำกัด และการพึ่งพาครอบครัวเป็นหลัก อาจทำให้ความรุนแรงของ caregiver burden แตกต่างจากพื้นที่เมืองหรือประเทศตะวันตก[3,8] อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทขึ้นทะเบียนในระบบบริการสุขภาพจำนวนมาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับภาระการดูแลอย่างต่อเนื่องภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและระบบสนับสนุน การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลในพื้นที่ดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อสะท้อนสถานการณ์ปัญหาที่แท้จริง และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนามาตรการลดภาระการดูแลและป้องกันปัญหาความรุนแรงในบริบทชุมชนอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง(Survey research by Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในเขตอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาของ จารุรินทร์ ปิตานุพงศ์[9] ที่ศึกษาเรื่อง ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่ามีความชุกของความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลร้อยละ 36.66 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้

$$n = \frac{z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}\, p(1-p)}{d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่าสัมประสิทธิ์ใต้เส้นโค้งมาตรฐานที่ความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

P = ความชุกของความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่ากับ 0.36 เมื่ออ้างอิงจากวรรณกรรม

d = สัดส่วนความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.072

จะได้ขนาดตัวอย่าง 170 ราย และทำการเก็บเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่าง187 ราย

การสุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (proportionate stratified random sampling) โดยกำหนดหน่วยบริการสุขภาพเป็นชั้น (stratum) และจัดสรรจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละชั้นตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ขึ้นทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการ โดยคำนวณจากสูตร

$$n_h = n \times \frac{N_h}{N}$$

หน่วยบริการ	ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน	สัดส่วนที่คำนวณได้	จำนวนตัวอย่าง
PCU ดอนมดแดง	119	71.32	**71**
รพ.สต.เหล่าแดง	68	40.76	**41**
รพ.สต.คำไฮใหญ่	39	23.38	**23**
รพ.สต.ท่าเมือง	58	34.76	**35**
รพ.สต.บ้านดงบัง	28	16.78	**17**
รวม	**312**	–	**187**

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท อาศัยภายในเขตพื้นที่ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

2. ผู้ดูแลหลักมีอายุ 18-75 ปี

3. ผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลหลักหนึ่งคนต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทหนึ่งคน โดยผู้ดูแลหลักหมายถึงผู้ที่เป็นหลักรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. ผู้ดูแลที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชก่อนที่จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

2. ผู้ดูแลที่อ่านภาษาไทยไม่ได้หรือสื่อสารด้วยภาษาไทยไม่ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้กรอกแบบสอบถาม (Self-Administrated Questionnaire) แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 22 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ZBI (Zarit Burden Interview) ที่แปลเป็นภาษาไทย มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ พัฒนาโดย Steven H. Zarit and Judy M. Zarit[10] แบบวัดภาระในการดูแล Zarit Burden Interview ฉบับภาษาไทยได้รับการแปลโดย ชนัญชิดา ดุษฎี ทูลศิริ และคณะ[11] โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.92 การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับหลัก โดยคะแนนระหว่าง 0–20 คะแนน หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ขณะที่คะแนนระหว่าง 21–88 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 3 ระดับย่อย ได้แก่ ระดับน้อย (21–40 คะแนน) ระดับปานกลาง (41–60 คะแนน) และ ระดับมาก (61–88 คะแนน) ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูปมาวิเคราะห์สรุปและนำเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยาย ส่วนสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency distribution), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation), ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ตามความเหมาะสมของลักษณะการกระจายข้อมูล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรอิสระ (Independent variables) และ ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม (categorical variables) ใช้ Independent t-test ในกรณีข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงปกติ และ Mann–Whitney U test หากไม่เป็นปกติ

3.การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลในเบื้องต้น ดำเนินการโดยใช้ univariate logistic regression เพื่อคำนวณค่าอัตราส่วนโอกาส (Odds Ratio; OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval) และค่า p-value จากนั้นตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.20 จากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดี่ยว จะถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรด้วย

multiple logistic regression เพื่อควบคุมปัจจัยกวน (confounding factors) และนำเสนอผลในรูปของค่า Adjusted Odds Ratio (Adj. OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่รับรอง SSJ.2568-09.021 วันที่รับรอง 30 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลจำนวน 187 ราย ผลการประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลโดยใช้แบบวัด Zarit Burden Interview พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 19.25 ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ขณะที่ผู้ดูแลร้อยละ 80.75 มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับต่าง ๆ โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.25 รองลงมาคือระดับน้อยและระดับมาก ซึ่งพบในสัดส่วนเท่ากัน คือร้อยละ 19.25 ดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์แบบ univariate logistic regression พบว่าปัจจัยด้านผู้ดูแลหลายประการมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย โดยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่เป็นบิดาหรือมารดา พบว่าผู้ดูแลที่เป็นสามีหรือภรรยามีโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 0.26, 95% CI: 0.08–0.83, p = 0.02) นอกจากนี้ ผู้ดูแลที่ไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระสูงกว่าผู้ที่มีผู้ช่วยดูแลอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 2.30, 95% CI: 1.10–4.83, p = 0.02) ในด้านลักษณะการดำรงชีวิต พบว่าชั่วโมงการนอนต่อวันที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 0.71, 95% CI: 0.55–0.92, p = 0.01) และผู้ดูแลที่เคยมีประสบการณ์ไม่ดีจากการดูแลผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 4.63, 95% CI: 1.98–10.82, p < 0.01) สำหรับปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท พบว่าอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระอย่างมีนัยสำคัญ โดยอายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระที่ลดลง (OR = 0.95, 95% CI: 0.92–0.98, p < 0.01) ดังตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์แบบ multiple logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลอย่างเป็นอิสระและมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายได้ครอบครัว การดื่มสุราของผู้ดูแล และการไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยโดยผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระสูงกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอประมาณ 4.20 เท่า (Adjusted OR = 4.20, 95% CI: 1.13–15.55, p = 0.03) ผู้ดูแลที่ดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุราประมาณ 12.55 เท่า (Adjusted OR = 12.55, 95% CI: 1.07–146.73, p = 0.04) และผู้ดูแลที่ไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระสูงกว่ากลุ่มที่มีผู้ช่วยดูแลประมาณ 4.41 เท่า (Adjusted OR = 4.41, 95% CI: 1.49–13.01, p < 0.01) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ความชุกและระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview)

ระดับความรู้สึกเป็นภาระ	คะแนน	n	%
ไม่มีภาระ	0–20	36	19.25
ภาระระดับน้อย	21–40	36	19.25
ภาระระดับปานกลาง	41–60	79	42.25
ภาระระดับมาก	61–88	36	19.25
มีภาระรวม	**(≥21)**	151	80.75
รวมทั้งหมด			100

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

(univariate logistic regression)

ตัวแปร	ไม่รู้สึกเป็นภาระ (n=36)	เป็นภาระ (n=151)	Odds ratio (95%CI)	p-value
ผู้ดูแล (Caregivers)				
เพศหญิง	25 (71.43)	85 (56.29)	0.51 (0.23-1.14)	0.10
อายุ (ปี)	57.36±12.27	58.03±12.09	1.00 (0.97-1.03)	0.76
สถานภาพสมรส				
โสด	2 (5.56)	9 (6.0)	1	
สมรส	28 (77.78)	110 (73.33)	1.02 (0.23-4.36)	0.97
หย่าร้าง	0 (0)	5 (3.33)	2.89 (0.11-71.93)	0.51
หม้าย	6 (16.67)	22 (14.67)	0.91 (0.17-4.71)	0.91
แยกกันอยู่	0 (0)	4 (2.67)	2.36 (0.09-60.28)	0.60
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
บิดา/มารดา	10 (27.78)	76 (50.33)	1	
สามี ภรรยา	6 (16.67)	12 (7.95)	0.26 (0.08-0.83)	0.02
บุตร	3 (8.33)	8 (5.30)	0.33 (0.08-1.35)	0.12
พี่น้อง	10 (27.78)	31 (20.53)	0.41 (0.15-1.06)	0.06
ญาติ	7 (19.44)	24 (15.89)	0.44 (0.15-1.27)	0.13
การศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา	36 (100)	145 (96.03)	0.30 (0.01-5.56)	0.42
การมีงานทำ	30 (83.33)	129 (85.43)	1.17 (0.43-3.14)	0.75
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)	5207.64±3372.03	5460.81±3123.48	1.001 (0.99-1.002)	0.67
รายได้ไม่พอเพียง	9 (25.0)	63 (41.72)	2.14 (0.94-4.88)	0.06
มีโรคประจำตัว	17 (47.22)	79 (52.32)	1.22 (0.59-2.53)	0.58
มีการใช้สุรา	6 (16.67)	50 (33.11)	2.47 (0.96-6.33)	0.05
มีการสูบบุหรี่	6 (16.67)	41 (27.15)	1.86 (0.72-4.80)	0.19
ชั่วโมงดูแลต่อวัน	10.03±9.46	7.43±6.93	0.95 (0.91-1.01)	0.10
ไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย	15 (41.67)	94 (62.25)	2.30 (1.10-4.83)	0.02
ชั่วโมงการนอนต่อวัน	9.09±3.37	7.96±1.18	0.71 (0.55-0.92)	0.01
มีประสบการณ์ไม่ดีจากผู้ป่วย	8 (22.22)	86 (56.95)	4.63 (1.98-10.82)	<0.01
ผู้ป่วยจิตเภท (Patients)				
เพศหญิง	12 (33.33)	50 (33.11)	0.99 (0.45-2.14)	0.98
อายุ (ปี)	48.91±12.96	40.60±13.39	0.95 (0.92-0.98)	<0.01
การศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา	33 (91.67)	141 (94.63)	1.60 (0.40-6.36)	0.50
ไม่ได้ทำงาน	23 (63.89)	99 (66.0)	1.09 (0.51-2.34)	0.81
ระยะเวลาป่วย (ปี)	14.35±11.37	11.59±9.74	0.97 (0.94-1.01)	0.15

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

(univariate logistic regression)

ตัวแปร	ไม่รู้สึกเป็นภาระ (n=36)	เป็นภาระ (n=151)	Odds ratio (95%CI)	p-value
มีอาการกำเริบใน 1 ปี	7 (19.44)	42 (28.0)	1.61 (0.65-3.95)	0.29
การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ	10 (27.78)	46 (30.46)	1.13 (0.50-2.55)	0.75
มีการใช้สารเสพติด	4 (11.11)	39 (25.83)	2.78 (0.92-8.38)	0.06
ดื่มสุรา	12 (33.33)	66 (43.71)	1.55 (0.72-3.33)	0.25

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (multiple logistic regression)

variable	Multiple logistic regression	
	Adjusted OR (95%CI)	p-value
ผู้ดูแลรายได้ไม่พอเพียง	4.20 (1.13-15.55)	0.03
ผู้ดูแลดื่มสุรา	12.55 (1.07-146.73)	0.04
ผู้ดูแล ไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย	4.41 (1.49-13.01)	<0.01

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่าผลการประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลโดยใช้แบบวัด Zarit Burden Interview พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 19.25 ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ขณะที่ผู้ดูแลร้อยละ 80.75 มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับต่าง ๆ โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.25 รองลงมาคือระดับน้อยและระดับมาก ซึ่งพบในสัดส่วนเท่ากัน คือร้อยละ 19.25 ซึ่งแตกต่างจากเชียงใหม่ของ Anothai Jansai และคณะ [12]ซึ่งพบเพียงร้อยละ 36.36 แต่ใกล้เคียงของประเทศอินเดีย Lokesh Kumar Ranjan และคณะ[13]พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาระในการดูแลสูง (70.8%)ขณะที่การศึกษาในเอธิโอเปียของ Fufa Olana Leta และคณะ[14]พบว่าผู้ดูแล 89 คน (22.2%) รายงานว่ามีภาระหนักมาก และ 220 คน (52.8%) รายงานว่ามีภาระปานกลางถึงหนักมาก ขณะที่การศึกษาในบังกลาเทศของ Tahsin Tasneem Tabassum และคณะ[15]พบว่าภาระของผู้ดูแลได้รับการวิเคราะห์โดยพิจารณาจากคะแนน ZBI จากผู้ตอบแบบสอบถาม 175 คน มีเพียง 1.7% ที่รายงานว่ามีภาระน้อยหรือไม่เลย 21.7% รายงานว่ามีภาระเล็กน้อยถึงปานกลาง 62.3% รายงานว่ามีภาระปานกลางถึงรุนแรง และ 14.3% รายงานว่ามีภาระรุนแรง เป็นไปได้ว่าความชุกของความรู้สึกเป็นภาระที่อยู่ในระดับสูงในการศึกษาครั้งนี้สัมพันธ์กับลักษณะของโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถดูแลตนเองหรือดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบการดูแลในหลายด้าน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้ประเมินความรุนแรงของอาการหรือระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโดยตรง จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยด้านตัวโรคเป็นสาเหตุหลักของความรู้สึกเป็นภาระนอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับภาระปานกลาง อาจสะท้อนว่าผู้ดูแลยังสามารถดำเนินบทบาทการดูแลได้ แต่ต้องเผชิญกับข้อจำกัดและความเครียดจากการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะข้อมูลที่พบว่าผู้ดูแล

จำนวนมากไม่มีผู้ช่วยดูแลและมีชั่วโมงการนอนลดลง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ารายได้ครอบครัวไม่เพียงพอเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระสูงกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอประมาณ 4.20 เท่า (Adjusted OR = 4.20, 95% CI: 1.13–15.55, p = 0.03)ผลดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Rahmani และคณะ [2]ซึ่งศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศอิหร่านจากการวิเคราะห์แบบ multiple linear regression พบว่าผู้ดูแลที่รับรู้ว่ารายได้ครอบครัวเพียงพอมีคะแนนภาระการดูแลลดลง (β = −2.320, p < 0.001) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นในโมเดลแล้ว ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีบทบาทต่อระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของ Fufa Olana Leta และคณะ[14] โดยการศึกษาดังกล่าวพบว่ารายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนภาระการดูแล (β = −0.214, p = 0.038) เป็นไปได้ว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพออาจต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในระดับที่สูงขึ้น

ผู้ดูแลที่ดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุราประมาณ 12.55 เท่า (Adjusted OR = 12.55, 95% CI: 1.07–146.73, p = 0.04) ช่วงความเชื่อมั่นที่กว้างอาจสะท้อนจำนวนตัวอย่างในกลุ่มผู้ดูแลที่ดื่มสุรามีค่อนข้างจำกัด ส่งผลให้ความแม่นยำของค่าประมาณลดลง แสดงให้เห็นว่าการดื่มสุราของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Bharat Kumar Goit และคณะ[16]พบว่าผู้ดูแลมักประสบกับภาวะซึมเศร้าและพัฒนากลไกการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (maladaptive coping strategies) ซึ่งรวมถึงการพึ่งพาแอลกอฮอล์และสารเสพติด เป็นไปได้ว่าผู้ดูแลต้องรับภาระทั้งทางร่างกายและจิตใจเพียงลำพัง ส่งผลให้ระดับความเครียดและความเหนื่อยล้าเพิ่มสูงขึ้น เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคมหรือการแบ่งเบาภาระ ผู้ดูแลจึงอาจใช้กลไกการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (maladaptive coping) เช่น การดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด เพื่อบรรเทาความเครียดชั่วคราว

ผู้ดูแลที่ไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระสูงกว่ากลุ่มที่มีผู้ช่วยดูแลประมาณ 4.41 เท่า (Adjusted OR = 4.41, 95% CI: 1.49–13.01, p < 0.01) แสดงให้เห็นว่าการขาดผู้ช่วยดูแลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Wai-Tong Chien และคณะ[17] พบว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีที่สุดของภาระของผู้ดูแล เป็นไปได้ว่าผู้ดูแลที่ไม่มีผู้ช่วยดูแลต้องรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังในหลายด้านอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในระดับที่สูงขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างปัจจัยที่ศึกษาและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลได้

2. ข้อมูลได้จากการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง อาจเกิดอคติจากการรายงานข้อมูล (self-report bias) โดยเฉพาะในประเด็นที่มีความอ่อนไหว

3. การศึกษาเก็บข้อมูลในพื้นที่อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาอาจไม่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่หรือบริบทอื่นได้โดยตรง

สรุป

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีความชุกของความรู้สึกเป็นภาระ

อยู่ในระดับสูง โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายได้ครอบครัว การดื่มสุราของผู้ดูแล และการขาดผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนานโยบายด้านสาธารณสุขและจิตเวชชุมชนที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ดูแลควบคู่กับการดูแลผู้ป่วย

ในเชิงนโยบายสาธารณสุขควรบูรณาการการประเมินภาระของผู้ดูแลเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในคลินิกสุขภาพจิตชุมชนและระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อให้สามารถคัดกรองกลุ่มผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงสูง และให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงที

ในมิติของจิตเวชชุมชนควรส่งเสริมการพัฒนาระบบสนับสนุนผู้ดูแลในระดับครอบครัวและชุมชน เช่น การจัดให้มีผู้ช่วยดูแล การสร้างเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน และการสนับสนุนการแบ่งเบาภาระการดูแลผ่านกลไกของอาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรชุมชน นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแล โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยระยะยาว (longitudinal study) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างชัดเจน

2. ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่และบริบททางสังคมที่หลากหลายทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการศึกษาในระดับประเทศ

3. ควรศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลเพิ่มเติม เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือคุณภาพชีวิต เพื่อให้เข้าใจผลกระทบของภาระการดูแลได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

4. ควรมีการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของมาตรการหรือโปรแกรมลดภาระการดูแล เช่น โปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแล หรือการจัดระบบผู้ช่วยดูแลในชุมชน

5. ควรศึกษาบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมและระบบบริการสุขภาพในเชิงลึกรวมถึงคุณภาพและรูปแบบของการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Gunawan I, Huang XY, Restiana N, Rosnawanty R, Saryomo S, Falah M.(2023). Caregiver Burden of People with Schizophrenia: a concept analysis. South East Asia Nursing Research. 2023 Jun 25;5(2):12–22.
2. Rahmani F, Roshangar F, Gholizadeh L, Asghari E.(2022). Caregiver burden and the associated factors in the family caregivers of patients with schizophrenia. Nurs Open. 2022 Mar 28;9(4):1995–2002.
3. Lasebikan VO, Ayinde OO.(2013). Family Burden in Caregivers of Schizophrenia Patients: Prevalence and Socio-demographic Correlates. Indian J Psychol Med. 2013 Jan;35(1):60–6.
4. Arun R, Inbakamal S, Tharyan A, Premkumar PS.(2018). Spousal Caregiver Burden and Its Relation with Disability in Schizophrenia. Indian J Psychol Med. 2018;40(1):22–8.
5. Inogbo CF, Olotu SO, James BO, Nna EO.(2017). Burden of care amongst caregivers who are first degree relatives of patients with schizophrenia. Pan Afr Med J. 2017;28:284.
6. Yazici E, Karabulut Ü, Yildiz M, Baskan Tekeş S, Inan E, Çakir U, et al.(2016). Burden on Caregivers of Patients with Schizophrenia and Related Factors. Noro Psikiyatr Ars. 2016 Jun;53(2):96–101.

7. Sustrami D, Sri Suhardiningsih AV, Setyowati A, Fauk NK, Arifin H.(2024). Family caregiver burden in schizophrenia: A structural equation model of caregiver, patient, environmental, and family function factors. Jurnal Keperawatan Padjadjaran. 2024 Dec;12(3):261–9.
8. Shalahuddin I, Mahardiani F, Widianti E, Maulana I.(2025). Factors Related to the Caregiver Burden on Families Caring for Clients with Schizophrenia: Scoping Review. Psychol Res Behav Manag. 2025;18:1799–808.
9. จารุรินทร์ ปิตานุพงศ์, ชลทิชา เรืองวิริยะนันท์.(2019).ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย [Internet]. [cited 2019 Jan 27]. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/204111
10. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. Gerontologist. 1986 Jun;26(3):260–6.
11. ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, วรรณรัตน์ ลาวัง.(2011). การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง | วารสารการพยาบาลและการศึกษา [Internet]. [cited 2026 Jan 27]. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/1559
12. Jansai A, Bhatarasakoon P, Skulphan S, Suvanayos C.(2024). ปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. 2024 Dec 29;35(2):26–39.
13. Ranjan LK, Gupta PR, Kiran M, Singh NK.(2022). Family Care Burden and its Association with Psychological Distress Among Caregivers of Chronic Patients with Schizophrenia. Journal of Public Health and Primary Care. 2022 Dec;3(3):81.
14. Leta FO, Genna KM, Ibirahim MK, Dechasa TD.(2025). Family caregiver burden and associated factors among caregivers of people with mental illness attending outpatient treatment in public hospital in Eastern Ethiopia, Ethiopia: hospital-based cross-sectional study. 2025 Oct 1 [cited 2026 Jan 30]; Available from: https://bmjopen.bmj.com/content/15/10/e098359
15. Tabassum TT, Rahman NAS, Hossain SMS, Abdullah F, Nawar LT, Lima FI, et al.(2023). Caregiving burden and associated factors among family caregivers of individuals with schizophrenia in Bangladesh: A cross-sectional study [Internet]. medRxiv; 2023 [cited 2026 Jan 30]. p. 2023.06.01.23290855. Available from: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2023.06.01.23290855v1
16. Goit BK, Acharya B, Khattri JB, Sharma R.(2021). Burden and Quality of Life Among Primary Caregiver of Alcohol Dependence Syndrome. Am J Psychiatry Neurosci. 2021 Jan;9(1):1–6.
17. Chien WT, Chan SWC, Morrissey J.(2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. J Clin Nurs. 2007 Jun;16(6):1151–61.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

การพัฒนาและการประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงหลักฐานในการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยนอนติดเตียง

Development and Effectiveness Evaluation of Evidence-Based Nursing Practice Guidelines for Pressure ulcer Prevention among Bedridden Patients.

(Received: February 7,2026 ; Revised: February 11,2026 ; Accepted: February 15,2026)

จิรวรรณ ชาประดิษฐ์[1] ศรีสุดา เสริมกล้า[2]
Chirawan Chapradit[1] Srisuda Sermkla[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ตรวจสอบคุณภาพ ประเมินความเป็นไปได้ และประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงหลักฐานในการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยนอนติดเตียง การวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง โดยอิงกรอบแนวคิด Iowa Model of Evidence-Based Practice และแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอนติดเตียงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง จำนวน 21 คน และพยาบาลวิชาชีพ 2 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับด้วย Braden Scale แบบประเมินภาวะโภชนาการ Mini Nutritional Assessment และแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติด้วยสถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 7 ด้าน โดยพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ร้อยละ 90–100 ผู้ป่วยทุกรายไม่เกิดแผลกดทับตลอดระยะเวลาการศึกษา คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตาม Braden Scale หลังการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงหลักฐาน, แผลกดทับ, ผู้ป่วยนอนติดเตียง, การประเมินประสิทธิผล

Abstract

This study aimed to develop, examine the quality, assess the feasibility, and evaluate the effectiveness of an evidence-based nursing practice guideline for pressure ulcer prevention in bedridden patients. A quasi experiment research was employed, guided by the Iowa model of evidence-based practice and best practice clinical guidelines. The sample consisted of 21 bedridden patients receiving care at a sub-district health promoting hospital and two registered nurses, selected using purposive sampling. Research instruments included a demographic and clinical data record form, the braden scale for predicting pressure ulcer risk, the mini nutritional assessment, and a nursing practice guideline implementation checklist. Content validity was evaluated by three experts, and the reliability of the instruments demonstrated a cronbach's alpha of 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics, and pre-post-implementation outcomes were compared using the wilcoxon matched-pairs signed-ranks test.

The results indicated that the developed nursing practice guideline comprised seven core components, with nursing adherence rates ranging from 90% to 100%. No pressure ulcer occurred among the patients during the study period. The mean braden scale score after guideline implementation was

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
Corresponding author: Srisuda Sermkla Email: Nangsrisudaserimkla @gmail.com.

significantly higher than before implementation ($p < .05$), indicating a significant reduction in pressure ulcer risk.

Keywords: Evidence-based nursing practice guidelines, Pressure ulcer, Bedridden patients, Effectiveness evaluation

บทนำ

แผลกดทับ (Pressure ulcer) เป็นภาวะที่ผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังถูกทำลายจากแรงกดทับหรือแรงเสียดทานเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้การไหลเวียนเลือด และออกซิเจนลดลงจนทำให้เกิดเนื้อตายหรือแผลเปิด[1] ภาวะนี้มักพบในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวหรือผู้ป่วยที่ต้องนอนติดเตียงเป็นเวลานาน เช่น ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพฤกษ์[2] ข้อมูลระดับโลกในปี 2021 รายงานว่า จำนวนผู้ป่วยแผลกดทับเพิ่มขึ้นจาก 676,225 รายในปี 1990 เป็นกว่า 1.7 ล้านรายในปี 2021 แม้ว่าอัตราการเกิดแบบปรับตามอายุจะลดลงเล็กน้อยจาก 177.03 เหลือ 169.86 ต่อประชากร 100,000 คน แต่บางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา มีอัตราสูงถึง 758.65 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลกอย่างมีนัยสำคัญ[3] สำหรับประเทศไทย กรมการแพทย์รายงานว่า อุบัติการณ์แผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลอยู่ระหว่างร้อยละ 5–10[4] ภาวะแผลกดทับส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ เช่น การจำกัดการเคลื่อนไหว ความเจ็บปวด ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การแยกตัวทางสังคม และผลกระทบต่อภาพลักษณ์ และสุขภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย[5]

ปัจจุบันมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice: EBP) เพื่อใช้เป็นกรอบในการป้องกันและลดความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ อย่างไรก็ตาม การนำไปใช้จริงยังมีข้อจำกัด เช่น ความพร้อมด้านบุคลากร ทรัพยากร และบริบทเฉพาะของหน่วยบริการ[6] ในระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้พัฒนาวิธีปฏิบัติงานด้านการป้องกันและดูแลแผลกดทับรวม 6 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การป้องกัน การทำแผล การดูแลต่อเนื่อง การเก็บข้อมูล และการดูแลผิวหนังแต่ยังไม่ใช่แนวปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นกระบวนการที่อาศัยการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยที่เชื่อถือได้ เพื่อนำมาปรับใช้ในการตัดสินใจทางคลินิก และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย[7] อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ยังไม่มีการศึกษาการพัฒนา และการประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงหลักฐานในการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยนอนติดเตียง โดยมีเพียงงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มุ่งศึกษาผู้สูงอายุในโรงพยาบาลซึ่งไม่ครอบคลุมผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนทั้งหมด

ดังนั้น การพัฒนา และการประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงหลักฐานในการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยนอนติดเตียง จึงมีความจำเป็น และมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยอิงตามแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ National Health and Medical Research Council[8] เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ลดความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ และเป็นแนวทางที่สามารถนำไปขยายผลได้ในอนาคต โดยประยุกต์ใช้ Lowa model of evidence-based practice[9] เป็นกรอบแนวคิดหลักในการดำเนินการศึกษา และยึดแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) สำหรับการดูแลแผลกดทับเป็นพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติใหม่ ทั้งนี้ จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผู้วิจัยได้คัดเลือก และวิเคราะห์

Clinical practice guideline ที่มีอยู่ เพื่อนำมาปรับปรุง และพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงหลักฐานในการป้องกันแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยนอนติดเตียง
2. เพื่อตรวจสอบคุณภาพและประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงหลักฐานไปใช้จริง
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงหลักฐานในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยนอนติดเตียง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง การดำเนินการวิจัยอิงตาม lowa model of evidence-based practice และแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศ (Best practice guideline)

ประชากร (Population) ได้แก่ ผู้ป่วยที่นอนพักฟื้นหรือผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวบนเตียงเป็นเวลานานหรือเป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง (Status bed ridden) ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง จำนวน 21 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติของอาสาสมัครหรือผู้ป่วยนอนติดเตียง (Status bed ridden) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 21 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แห่งหนึ่ง จำนวน 2 คน ช่วงเวลาในการศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2568

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยนอนติดเตียงอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ประเมินด้วย Braden Scale
3. ผู้ป่วยที่ยังไม่เกิดแผลกดทับก่อนเริ่มการศึกษา
4. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับอยู่ก่อนเริ่มการศึกษา
2. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่หรืออยู่ในระยะสุดท้าย จำเป็นต้องส่งต่อรักษา
3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามประเมินผลได้ครบตามระยะเวลาศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ใช้บันทึกประวัติการเจ็บป่วย การใช้ยาเป็นประจำ สัญญาณชีพแรกรับ อาการและสภาพของผู้ป่วยในวันแรกรับ ผู้ดูแลผู้ป่วย และจำนวนสมาชิกในครอบครัว
2. แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Braden scale) อ้างอิงจากโรงพยาบาล ศิริราช[10] ใช้ในการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ประเมิน 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกสัมผัส (Sensory perception) ความเปียกชื้นของผิวหนัง (Moisture) กิจกรรม (Activity) การเคลื่อนไหว (Mobility) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) แรงเสียดทาน และแรงเฉือย (Friction & Shear) การให้คะแนนได้แก่ ด้าน 1–5 ให้คะแนน 1–4 คะแนน ด้านแรงเสียดทานให้คะแนน 1–3 คะแนน, 19–23 คะแนนหมายถึง ไม่มีภาวะเสี่ยง, 15–18 คะแนนหมายถึง เสี่ยงเล็กน้อย, 13–14 คะแนนหมายถึง เสี่ยงปานกลาง, 10–12 คะแนนหมายถึง เสี่ยงสูง และ 6–9 คะแนนหมายถึง เสี่ยงสูงมาก

3. แบบประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ Mini Nutritional Assessment (MNA) ใช้ประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้น โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 จำนวน 6 ข้อเกี่ยวกับความอยากอาหารช่วง 3 เดือน คะแนนรวมสูงสุด 14 คะแนน ≥12 คะแนน หมายถึงภาวะโภชนาการปกติ

ตอนที่ 2 สำหรับผู้ได้คะแนน ≤11 ในตอนที่ 1 ประเมินเพิ่มเติม 12 ข้อ คะแนนรวมสูงสุด 15 คะแนน

คะแนนรวมตอนที่ 1 และ 2 ใช้ระบุภาวะโภชนาการของผู้ป่วยได้แก่ 17–23.5 คะแนน หมายถึง เสี่ยงทุพโภชนาการแต่สามารถดูแลตนเองได้ และ <17 คะแนนหมายถึง ทุพโภชนาการ ควรปรึกษาแพทย์

4. แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วย 14 กิจกรรมหลักได้แก่ การประเมินปัจจัยเสี่ยงคือประเมิน Braden Scale แรกรับ และติดตามตามคะแนน การประเมินผิวหนังและสภาพแผล การประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยา การประเมินภาวะโภชนาการด้วย MNA การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับคือ จัดท่าตะแคงตัวทุก 1–2 ชั่วโมง ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ จำกัดการจัดท่าศีรษะสูงเกิน 30° นานเกิน 30 นาที ดูแลสารน้ำและอาหารโปรตีนสูงตามแผนการดูแล ลดการเสียดสี และบาดเจ็บผิวหนังคือ ยก/เคลื่อนย้ายด้วยผู้ช่วย ≥2 คน ใช้ผ้า Pat-slide งดนวดบริเวณผื่นแดง ดูแลความสะอาด และลดความเปียกชื้นคืออาบน้ำทุก 1–2 ครั้ง/วัน เปลี่ยนผ้าอ้อมทุก ≥8 ชั่วโมง ให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนังคือ ทาโลชั่น/ครีมบำรุง หลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์เช็ดถู ให้ความรู้เรื่องการป้องกันแผลกดทับ และใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ ฝึกทักษะการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ปรึกษาสหวิชาชีพและส่งต่อ: แพทย์ นักกายภาพ นักโภชนากร ตามความเหมาะสม และการส่งต่อและประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการดูแล การประเมินความพร้อม และปัจจัยเสี่ยง ทบทวนคำแนะนำและทักษะ ส่งต่อ และติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามขั้นตอนดังนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถาม และแบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลถูกส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน และผู้เชี่ยวชาญทำการประเมินความเหมาะสม และความสอดคล้องของเนื้อหาในแต่ละข้อ (Validity) จากนั้นคำนวณ ดัชนีความสอดคล้องของข้อกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence: IOC) ข้อคำถามที่มีค่า IOC ≥ 0.5 ถูกเลือกใช้งาน เพื่อให้มั่นใจว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถาม และแบบประเมินแนวปฏิบัติถูกทดลองใช้กับผู้ป่วยนอนพักฟื้นหรือผู้ป่วยนอนติดเตียง (Status bed ridden) จำนวน 20 คน ในพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง หลังจากเก็บข้อมูลแล้วนำมาคำนวณ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ผลการทดสอบพบว่า ค่า Cronbach's Alpha = 0.87 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อถือได้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (One-group pretest–posttest design) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงหลักฐานที่พัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยนอนติดเตียง การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ และระยะทดลองใช้ และประเมินประสิทธิผล ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงหลักฐาน

ขั้นตอนที่ 1

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงหลักฐานเพื่อป้องกันแผลกดทับ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Iowa Model of Evidence-Based Practice ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นปัจจุบัน ครอบคลุมประเด็นการประเมินความเสี่ยง การลดแรงกดทับ การดูแลผิวหนัง การจัดการด้านโภชนาการ และการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 2

การเตรียมความพร้อมเครื่องมือ และผู้เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (Braden Scale) แบบประเมินสภาพผิวหนัง และการเกิดแผลกดทับ และแบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment: MNA) พร้อมทั้งทดสอบความเหมาะสมของการใช้เครื่องมือ

จากนั้นขออนุญาตหน่วยบริการ และจัดประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติ ขั้นตอนการดำเนินงาน และบทบาทหน้าที่แก่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้ และประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการประเมินก่อนการทดลอง (Pretest) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยนอนติดเตียงตามเกณฑ์คัดเข้า และคัดออกที่กำหนด เมื่อได้รับความยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ดำเนินการประเมินข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ภายในสัปดาห์แรก ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับด้วย Braden Scale การประเมินสภาพผิวหนัง และการมี/ไม่มีแผลกดทับ การประเมินภาวะโภชนาการด้วย Mini Nutritional Assessment (MNA) และข้อมูลดังกล่าวใช้เป็นค่าก่อนการทดลอง (Pretest)

ขั้นตอนที่ 4

การดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพยาบาล (Intervention) ผู้วิจัย และพยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงหลักฐานที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยครอบคลุมกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่างสม่ำเสมอ การลดแรงกดทับ และการจัดท่าทางที่เหมาะสม การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ การดูแลผิวหนังและการควบคุมความชื้น การส่งเสริมและจัดการด้านโภชนาการ การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล และครอบครัว การประสานสหวิชาชีพตามความจำเป็น

ผู้วิจัยทำหน้าที่กำกับ ติดตาม และให้คำปรึกษาเพื่อควบคุมคุณภาพการดำเนินงานให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 5

การประเมินหลังการทดลอง (Posttest) เมื่อครบระยะเวลา 3 เดือน ดำเนินการประเมินผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกับก่อนการทดลอง ได้แก่ Braden Scale แบบประเมินสภาพผิวหนัง และการเกิดแผลกดทับ Mini Nutritional Assessment (MNA) และผลการประเมินดังกล่าวใช้เป็นข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับค่าก่อนการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. หลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความครบถ้วน และความเหมาะสมของเนื้อหา ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นนำแนวปฏิบัติไปประเมินความเป็นไปได้ในการใช้จริงพร้อมวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วย Cronbach’s alpha

2. การวิเคราะห์ผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในศึกษานำร่อง (Pilot Study) ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์คะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden Scale) ก่อน และหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลขที่รับรอง 17/2568 วันที่ 27 สิงหาคม 2568 โดยปฏิบัติตามหลักจริยธรรม ได้แก่ 1) หลักผลประโยชน์ เน้นความปลอดภัย และสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และลดความเสี่ยงก่อนดำเนินกิจกรรม 2) หลักเคารพในความเป็นบุคคล ให้สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อ พร้อมจัดทำเอกสารยินยอมโดยสมัครใจ และ 3) หลักความยุติธรรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นธรรม รักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคล และใช้ข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

การพัฒนา และการประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงหลักฐานในการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยนอนติดเตียง ประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก สามารถนำไปใช้ได้จริง และควรปรับปรุงเพื่อให้การปฏิบัติเป็นมาตรฐาน ใช้งานสะดวก และประเมินผลได้ถูกต้องตรงกันระหว่างผู้ปฏิบัติ การปรับปรุงดังกล่าวช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติ ข้อเสนอแนะสำคัญจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ การจัดทำคู่มือประกอบการประเมินสภาพผิวหนังเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ การจัดตารางพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยให้สอดคล้องกับเวลาปฏิบัติจริง และการปรับปริมาณสารน้ำตามภาวะสุขภาพเฉพาะบุคคล

ผลการศึกษาความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงหลักฐานในการป้องกันแผลกดทับ ภายหลังการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ทดลองใช้กับผู้ป่วยนอนพักฟื้นและผู้ป่วยนอนติดเตียง (Status bedridden) จำนวน 21 คน โดยให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ผลการประเมินพบว่า แนวปฏิบัติมีความครบถ้วน ชัดเจน เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่ากิจกรรมส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนร้อยละ 100 ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับด้วย Braden Scale การประเมินสภาพผิวหนัง และแผล การประเมินประวัติการเจ็บป่วยและการใช้ยา การดูแลด้านโภชนาการโดยจัดอาหารโปรตีนสูง และสารน้ำอย่างเพียงพอ การลดแรงเสียดสี และการบาดเจ็บของผิวหนัง การดูแลความสะอาด และควบคุมความเปียกชื้น การให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง การให้ความรู้ และฝึกทักษะผู้ดูแลในการป้องกันแผลกดทับ ตลอดจนการปรึกษา สหวิชาชีพ การส่งต่อ และการวางแผนจำหน่ายพร้อมติดตามผล

ส่วนกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 93 ได้แก่ การประเมินภาวะโภชนาการด้วย Mini Nutritional Assessment (MNA) การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ และการควบคุมการจัดท่าศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา เกิน 30 นาที ซึ่งมีข้อจำกัดบางประการจากสภาพผู้ป่วยและบริบทการดูแล อย่างไรก็ตาม อัตราการปฏิบัติได้โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (ร้อยละ 90–100) สะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (Feasibility) และมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยบริการเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยนอนติดเตียงต่อไป

โดยสรุป แนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงหลักฐานที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในคลินิก มีความชัดเจน ครอบคลุม และสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล สามารถใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยนอนติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอนพักฟื้น และผู้ป่วยนอนติดเตียง จำนวน 21 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 76.20 และเพศหญิง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 23.80 เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตาม Braden Scale พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดมีคะแนน ≤18 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ขณะเดียวกัน การประเมินภาวะโภชนาการด้วย Mini Nutritional Assessment (MNA) พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีคะแนนต่ำกว่า 17 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100.00 สะท้อนถึงภาวะทุพโภชนาการซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดแผลกดทับ ในด้านประวัติสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีประวัติการเกิดแผลกดทับมาก่อน (ร้อยละ 100.00) โดยร้อยละ 42.85 มีโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และร้อยละ 42.85 ใช้ยาที่ส่งผลต่อระบบประสาทหรือระบบหลอดเลือด ซึ่งอาจมีผลต่อการเคลื่อนไหว และการไหลเวียนเลือด อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยทุกรายมีค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) อยู่ในเกณฑ์ปกติ และด้านปัจจัยสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดมีผู้ดูแลหลักทั้งในระหว่างรับบริการที่หน่วยบริการ และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (ร้อยละ 100.00) โดยร้อยละ 9.52 มีผู้ดูแลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป และร้อยละ 14.28 อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรังรายอื่นร่วมด้วย

โดยสรุป กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานำร่องครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับทั้งด้านสภาพร่างกาย และภาวะโภชนาการ แต่มีระบบสนับสนุนจากผู้ดูแลค่อนข้างครบถ้วน ซึ่งข้อมูลพื้นฐานดังกล่าวมีความสำคัญต่อการวางแผนดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเชิงหลักฐาน และการประเมินประสิทธิผลในระยะต่อไป

ค่าเฉลี่ยของคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตาม Braden Scale ก่อนการใช้แนวปฏิบัติเท่ากับ 14.14 (S.D.=1.32, M=14.0, S.E.=0.42) และเพิ่มเป็น 15.14 (S.D.=0.85; median=15.0; S.E.=0.27) หลังการใช้แนวปฏิบัติ เมื่อวิเคราะห์ด้วย Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.025, p<0.05) แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ (*N*=21)

คะแนน Braden Scale	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	S.D.	Median	S.E.	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	14.14	1.32	14.0	0.42	.025
หลังใช้แนวปฏิบัติ	15.14	0.85	15.0	0.27	

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ ประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง และศึกษานำร่องผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยนอนติดเตียง สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติที่ครอบคลุมการประเมินปัจจัยเสี่ยง การลดแรงกดทับ การจัดการโภชนาการ และการดูแลสภาพผิวหนัง สามารถสร้างกรอบการดูแลที่มีระบบและสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ การบูรณาการองค์ความรู้ด้านการพยาบาล และเทคนิคการป้องกันแผลกด

ทับช่วยให้บุคลากรสามารถให้การดูแลผู้ป่วยนอนติดเตียงอย่างเป็นมาตรฐาน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผล และสามารถปรับใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การสังเคราะห์วรรณกรรม พบว่า แนวปฏิบัติที่มีประสิทธิผลควรดำเนินการแบบครบวงจร โดยเน้นการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย การลดแรงกดทับ การจัดการโภชนาการ และการดูแลสภาพผิวหนังอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ การบูรณาการองค์ความรู้ด้านการพยาบาล การจัดการความเสี่ยง และการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้านสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิต และลดภาระของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุจาภา เจียมธโนปจัย และสุวิมล แสนเวียงจันทร์[11] ที่เน้นความสำคัญของการประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ให้เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการสุขภาพ

2. การศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นเหมาะสมต่อบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถปรับใช้กับทรัพยากรบุคคลและอุปกรณ์ที่มีอยู่ การอบรมและให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาลช่วยเพิ่มความเข้าใจ และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความต่อเนื่องและความยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) พบว่าเครื่องมือถูกทดสอบครั้งแรกกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คนในพื้นที่ใกล้เคียง ซึ่งคำนวณค่า Cronbach's Alpha ได้ 0.87 ซึ่งถือว่า อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แต่ในการศึกษานำร่อง กลุ่มตัวอย่างจริงมีเพียง 21 คน ซึ่งอาจทำให้ความเชื่อมั่นของเครื่องมือแตกต่างจากที่คำนวณได้ในกลุ่มทดลองเบื้องต้น ดังนั้น ผลลัพธ์ที่ได้ควรพิจารณาอย่างระมัดระวัง โดยแนะนำว่าการศึกษาครั้งต่อไปควรใช้ตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อประเมินความเชื่อมั่นของเครื่องมือซ้ำ เพื่อให้มั่นใจว่าผลการประเมินมีความถูกต้องและเชื่อถือได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ คู่ขวัญ มาลีวงษ์[12] ซึ่งพบว่า ผลการประเมินความสามารถของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้พบว่าอยู่ในระดับดีมาก อีกทั้ง ผลการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยร้อยละ 100 ไม่เกิดแผลกดทับ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ทั้งยังชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีความยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพ และศึกษาของ ณิชาภา ยนจอหอ และคณะ[13] พบว่า พยาบาลประเมินว่าแนวปฏิบัติชัดเจน ใช้งานง่าย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง นอกจากนี้ การศึกษาของ Damanik, Sinaga และ Hardiansyah[14] พบว่า การใช้มาตรการป้องกันเสริม เช่น น้ำมันงา ลดอัตราการเกิดแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.04)

3. การศึกษานำร่องการใช้แนวปฏิบัติในชุมชน ผลการนำร่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า แนวปฏิบัติสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญ การติดตามผล และสังเกตการณ์ช่วยให้ผู้ปฏิบัติปรับแนวทางให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและบริบทของชุมชน การนำร่องยังสะท้อนถึงความเป็นไปได้ในการขยายผลไปสู่ชุมชนอื่นๆ เพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ และยั่งยืน ผลลัพธ์สอดคล้องกับการศึกษาของ มณีนุช สุทธสนธิ์ และกาญจนา ปัญญาธร[15] ที่พบว่า แนวปฏิบัติสามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอาการหนักได้อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Mäki-Turja-Rostedt และคณะ[16] ที่เน้นความสำคัญของการประเมินความเสี่ยง การเลือกพื้นผิวรองรับ และการติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินความเป็นไปได้ในการใช้จริงช่วยสร้างกรอบการดูแลที่มีมาตรฐาน สอดคล้องกับหลักฐาน

เชิงประจักษ์ และสามารถปรับใช้ได้ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของขนาดตัวอย่างในการตรวจสอบความเชื่อมั่นควรนำมาพิจารณาในการตีความผลลัพธ์ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมด้วยตัวอย่างขนาดใหญ่เพื่อยืนยันความเชื่อถือของเครื่องมือ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นควรถูกขยายการใช้ไปยังสถานบริการปฐมภูมิอื่น ๆ เพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยนอนติดเตียงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยควรพัฒนาคู่มือ และแบบฟอร์มประกอบการปฏิบัติให้ชัดเจน พร้อมภาพประกอบขั้นตอนการประเมินผิวหนัง การพลิกตัว การลดแรงกดทับ และการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยลดความคลาดเคลื่อนและให้บุคลากรใหม่สามารถปฏิบัติได้ทันที นอกจากนี้ ควรจัดอบรม และฝึกทักษะให้แก่ทีมพยาบาล อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อเพิ่มความมั่นใจ และความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะขั้นตอนที่มีความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน เช่น การประเมิน Braden Scale และการดูแลผิวหนัง รวมถึงเพิ่มระบบบันทึก และติดตามผลการดูแล เช่น การพลิกตัว การประเมินผิวหนัง และภาวะโภชนาการอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในวงกว้าง ควรผลักดันให้แนวปฏิบัติได้รับการยอมรับในระดับเขตหรือจังหวัด หากมีการศึกษาในพื้นที่ต่าง ๆ และได้ผลสอดคล้อง ควรเสนอให้นำคู่มือเดียวกันไปใช้ทั่วจังหวัดเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียง นอกจากนี้ ควรสนับสนุนทรัพยากร และอุปกรณ์ลดแรงกดทับให้เพียงพอ เช่น หมอนรองปุ่มกระดูก เบาะลดแรงกดทับ และแผ่น Pat-slide เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพสูงสุด

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาต่อไปควรเน้นการประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในระยะยาว แนะนำติดตามผลในช่วง 3–6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินผลต่อการลดอัตราการเกิดแผลกดทับอย่างยั่งยืน รวมถึงควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น และหลากหลายบริบท เช่น เขตเมือง เขตชนบท หรือพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ และความทั่วไปของผลการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. National Pressure Injury Advisory Panel. (2019). International guidelines. สืบค้น 29 พฤศจิกายน 2568, จาก https://npiap.com/page/InternationalGuidelines
2. Lyder, C. H., & Ayello, E. A. (2010). Pressure ulcers: A patient safety issue. In J. E. Hughes (Ed.), Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Agency for Healthcare Research and Quality (US). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2650/
3. ลันธิยา ศรีเทศ, ชลิดา เกิดภิรมย์ และอวยพร กริ่งรัมย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์. วชิรสารการพยาบาล. 2568;27(1):1–15.
4. กรมการแพทย์. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยใน ปี 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
5. Berlowitz, D. R., & Brienza, D. M. (2007). Are all pressure ulcers the result of deep tissue injury? A review of the literature. National Library of Medicine. Retrieved November 29, 2025, from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17978413
6. Gunningberg, L., & Ehrenberg, A. (2004). Accuracy and quality in the nursing documentation of pressure ulcers: A comparison of record content and patient examination. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 31(6), 328–335.

7. Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 11(1), 5–15. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24447399/
8. National Health and Medical Research Council. (2011). National water quality management strategy: Australian drinking water guidelines 6 (Version 4.0, updated June 2025). Australian Government. https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/australian-drinking-water-guidelines
9. Titler, M. G., Kleiber, C., Steelman, V. J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L. Q., Goode, C. J. (2001). The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. Critical Care Nursing Clinics of North America, 13(4), 497–509.
10. โรงพยาบาลศิริราช. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ Braden Scale (ฉบับภาษาไทย) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 21 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_qd/admin/news_files/51_72_2.pdf
11. รุจาภา เจียมธโนปจัย และสุวิมล แสนเวียงจันทร์. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ. วารสารการพยาบาล. 2561;67(4):53–61.
12. คู่ขวัญ มาลีวงษ์. การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วย อายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. วชิรสารการพยาบาล. 2564;23(1):15–30.
13. ณิชาภา ยนจอหอ, ประภัสสร ดาราทิพย์ และพิมพ์ชนก ช่วงนาค. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร. วารสารสถาบันบำราศนราดูร2560;11(3):1–12.
14. Damanik, C., Sinaga, S., & Hardiansyah, K. (2020). Effectiveness of sesame oil for the prevention of pressure ulcer in patients with bed rest undergoing hospitalization. arXiv. https://arxiv.org/abs/2011.08703
15. มณีนุช สุทธสนธิ์ และกาญจนา ปัญญาธร. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอาการหนัก โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมจังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(4):80–89.
16. Mäki-Turja-Rostedt, S., Leino-Kilpi, H., Koivunen, M., Vahlberg, T., & Haavisto, E. (2023). Consistent pressure ulcer prevention practice: The effect on PU prevalence and PU stages, and impact on PU prevention—A quasi-experimental intervention study. Journal of Clinical Nursing, 32(13–14), 5604–5618. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36584884/

การประเมิน KAP ของผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับพื้นที่ในประเทศไทย: ช่องว่างเชิงปฏิบัติและข้อเสนอเชิงระบบ

A KAP Assessment of Subnational Immunization Officers in Thailand: Operational Gaps and System-Level Recommendations.

(Received: February 7,2026 ; Revised: February 11,2026 ; Accepted: February 13,2026)

ปิยดา อังศุวัชรากร[1] ชนินันท์ สนธิไชย[2] อณิสตา มาลินี[3] ยงเจือ เหล่าศิริถาวร[4]
Piyada Angsuwatcharakon[1] Chanina Sonthichai[2] Anisata Malinee[3] Yongjua Laosirithaworn[4]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ (KAP) ของผู้รับผิดชอบงานแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (NIP) ระดับพื้นที่ของประเทศไทยการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานวัคซีนระดับจังหวัดและเขตสุขภาพจำนวน 145 ราย โดยใช้แบบสอบถาม KAP แบบออนไลน์ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ t-test และการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงประเด็น

ผลการศึกษา: คะแนนความรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางถึงดี โดยผู้ที่เคยได้รับการอบรมมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยอบรมอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ตอบส่วนใหญ่มีเจตคติเชิงบวกต่อ NIP แต่กว่าครึ่งสะท้อนความไม่ชัดเจนของนโยบายจากหลายหน่วยงาน การใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนเชิงรุกมีสัดส่วนต่ำ อุปสรรคหลัก ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากร ข้อจำกัดด้านโลจิสติกส์ และการสนับสนุนเชิงเทคนิคไม่สม่ำเสมอ

คำสำคัญ: แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค, ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ, บุคลากรสาธารณสุข, ระบบภูมิคุ้มกันโรค, การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ, ระบบสุขภาพแบบกระจายอำนาจ

Abstract

This study assessed the Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) of subnational immunization officers responsible for the National Immunization Program (NIP). A survey research by cross-sectional study was conducted among 145 provincial and regional immunization officers using a structured online KAP questionnaire. Descriptive statistics, independent t-tests, and thematic content analysis were applied.

Results: Mean knowledge scores were moderate to good, and significantly higher among participants who had received recent immunization training. While most respondents demonstrated positive attitudes toward the NIP, over half reported policy ambiguity from multiple agencies. Routine monitoring of coverage was common, but proactive data use for planning was limited. Major barriers included workforce shortages, logistical constraints, and inconsistent technical support.

Keyword: National Immunization Program, Knowledge Attitude and Practice, Immunization workforce, Immunization system, Policy implementation, Decentralized health system, Data-to-action

[1] นายแพทย์ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
[2] นายแพทย์ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ผู้อำนวยการศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
[3] นักวิชาการสาธารณสุข กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
[4] ผู้อำนวยการ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

บทนำ

ประเทศไทยจัดเป็นประเทศรายได้ปานกลางในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีโครงสร้างระบบสาธารณสุขที่ครอบคลุมประชากรทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยมีโรงพยาบาลชุมชนประจำทุกอำเภอและสถานบริการสุขภาพระดับตำบลกระจายครอบคลุมทั่วประเทศ ระบบบริการปฐมภูมิดังกล่าวเป็นฐานสำคัญของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Expanded Program on Immunization: EPI) ซึ่งได้รับการบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพพื้นฐานตั้งแต่ระดับชุมชน[1] ประเทศไทยเริ่มดำเนินโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติอย่างเป็นระบบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 และได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องจนมีวัคซีนในแผนงานครอบคลุมโรคสำคัญหลายชนิด พร้อมทั้งมีการปรับตารางการให้วัคซีนให้สอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการและสถานการณ์โรคอย่างสม่ำเสมอ[2]

วัคซีนในแผนงาน EPI จัดเป็นสิทธิประโยชน์พื้นฐานภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในสถานพยาบาลของรัฐ[3] ความเข้มแข็งของระบบดังกล่าวสะท้อนผ่านอัตราความครอบคลุมวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีที่อยู่ในระดับสูงกว่า 95% อย่างต่อเนื่อง[4] อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์จากนานาชาติชี้ให้เห็นว่า ความครอบคลุมวัคซีนที่สูงไม่ได้รับประกันความเชื่อมั่นต่อวัคซีนที่มั่นคงเสมอไป การศึกษาในประเทศสวีเดนซึ่งมีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในระดับสูง พบว่าผู้ปกครองบางส่วนยังมีข้อสงสัยเกี่ยวกับวัคซีน โดยเฉพาะวัคซีน HPV แม้จะยังยอมรับวัคซีนตามแผนงานแห่งชาติ สะท้อนว่าความลังเลเชิงทัศนคติสามารถเกิดขึ้นควบคู่กับความครอบคลุมวัคซีนที่สูงได้[5,6] ในทางตรงกันข้าม การศึกษาในประเทศเคนยาซึ่งมีความครอบคลุมวัคซีนต่ำกว่า พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับวัคซีนในระดับต่ำไม่ได้จำกัดอยู่เพียงทัศนคติของประชาชน แต่ยังรวมถึงข้อจำกัดเชิงระบบ เช่น การเข้าถึงบริการ ปัญหาโลจิสติกส์ การขาดแคลนบุคลากร และการขาดข้อมูลที่ถูกต้อง สะท้อนว่าปัจจัยด้านระบบบริการและศักยภาพบุคลากรมีบทบาทสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าปัจจัยด้านทัศนคติ[7] นอกจากนี้ การระบาดของโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อบริการวัคซีนทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยก่อให้เกิดการหยุดชะงักของบริการ การเบี่ยงเบนทรัพยากร บุคลากรถูกปรับบทบาทไปสู่ภารกิจควบคุมโรคฉุกเฉิน การนิเทศและการฝึกอบรมถูกชะลอ กิจกรรมเชิงรุกลดลง และประชาชนบางส่วนชะลอการเข้ารับบริการ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อช่องว่างภูมิคุ้มกันในบางพื้นที่[8]

หลักฐานระดับโลกชี้ว่าศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและปัจจัยด้านพฤติกรรมมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จของโปรแกรมวัคซีน ไม่เพียงในแง่ความครอบคลุม แต่รวมถึงความยั่งยืนของความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค[9,10] ในบริบทของประเทศไทย แม้โครงสร้างนโยบายระดับชาติด้านวัคซีนจะมีความเข้มแข็งและมีระบบหลักประกันสิทธิที่ชัดเจน แต่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ภายใต้ระบบสุขภาพแบบกระจายอำนาจซึ่งมีการถ่ายโอนภารกิจบางส่วนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้ศักยภาพบุคลากร ระบบสนับสนุนทางเทคนิค การบริหารจัดการโลจิสติกส์ และการใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ นอกจากนี้ ผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 ยังซ้ำเติมช่องว่างด้านสมรรถนะบุคลากร รวมถึงความต่อเนื่องของการนิเทศและการฝึกอบรม ดังนั้น การศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ (Knowledge, Attitude and Practice: KAP) ของผู้รับผิดชอบงานแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (NIP) จึงมีความจำเป็น เพื่อระบุช่องว่างด้านสมรรถนะที่อาจส่งผลต่อคุณภาพบริการวัคซีน ทำความเข้าใจอุปสรรคเชิงปฏิบัติที่ไม่สามารถสะท้อนจากข้อมูลความครอบคลุมวัคซีนเพียงอย่างเดียว

และสนับสนุนการออกแบบมาตรการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบสนับสนุนที่สอดคล้องกับบริบทจริงของพื้นที่ อันจะช่วยเสริมความยืดหยุ่นของระบบภูมิคุ้มกันโรค และคงไว้ซึ่งความครอบคลุมวัคซีนและความเชื่อมั่นของประชาชนในระยะยาว[11]

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษานี้ คือเพื่อประเมินระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ (Knowledge, Attitude, and Practice: KAP) ของผู้รับผิดชอบแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับพื้นที่ในประเทศไทย ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานวัคซีนเชิงระบบในบริบทของระบบสุขภาพแบบกระจายอำนาจ

วัตถุประสงค์รอง ได้แก่ การเปรียบเทียบระดับความรู้ระหว่างบุคลากรที่เคยได้รับการอบรมด้านวัคซีนในช่วงสองปีที่ผ่านมา กับผู้ที่ไม่ได้รับการอบรม เพื่อประเมินผลของการพัฒนาศักยภาพบุคลากร นอกจากนี้ การศึกษายังมุ่งประเมินการใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) ในการวางแผนงานวัคซีนเชิงรุกระดับพื้นที่ ตลอดจนระบุช่องว่างเชิงปฏิบัติและอุปสรรคในการดำเนินงาน เช่น ข้อจำกัดด้านกำลังคน ระบบโลจิสติกส์ และการสนับสนุนเชิงเทคนิคจากส่วนกลาง ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาใช้เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงระบบสำหรับเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรและเพิ่มความยืดหยุ่นของระบบสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในบริบทของระบบสุขภาพไทยที่มีการกระจายอำนาจ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาและบริบท

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ของผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับพื้นที่ของประเทศไทย การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างการประชุมเชิงปฏิบัติการด้านแผนงานวัคซีนระดับประเทศ ซึ่งจัดขึ้นในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 โดยมีผู้รับผิดชอบงานวัคซีนจากหลายภูมิภาคของประเทศเข้าร่วม

ประชากรศึกษาและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (National Immunization Program: NIP) ในระดับพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และหน่วยสนับสนุนระดับเขตสุขภาพ ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการทุกคนได้รับเชิญให้ตอบแบบสอบถาม โดยมีผู้ตอบแบบสอบถามครบถ้วนจำนวน 145 ราย คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 93 ของผู้เข้าร่วมทั้งหมด ผู้ตอบแบบสอบถามมีบทบาทโดยตรงด้านการวางแผน การดำเนินงาน การกำกับติดตาม หรือการประสานงานด้านวัคซีนในระดับพื้นที่ ทั้งนี้ การประชุมเชิงปฏิบัติการดังกล่าวจัดขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร มิได้จัดขึ้นเพื่อการสรรหาผู้เข้าร่วมวิจัยโดยเฉพาะ

เครื่องมือวิจัย

ใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง (self-administered questionnaire) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดระบบสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขององค์การอนามัยโลก และการศึกษาประเภท KAP ที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพบุคลากรด้านวัคซีน แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ข้อมูลลักษณะพื้นฐานของผู้ตอบ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา หน่วยงานสังกัด ประสบการณ์ทำงานด้านวัคซีน และประวัติการอบรม)

ความรู้ด้านวัคซีน (20 ข้อแบบเลือกตอบ) ครอบคลุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ตารางวัคซีน

การจัดการลูกโซ่ความเย็น การให้วัคซีนในกลุ่มพิเศษ และการจัดลำดับความสำคัญเมื่อทรัพยากรจำกัด เจตคติต่อแผนงานวัคซีน (มาตร Likert scale)

การปฏิบัติงานด้านวัคซีน (ความถี่ของการใช้ข้อมูล การวางแผนเชิงรุก และการประสานงาน)

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านวัคซีน และทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง ความสอดคล้องภายในของส่วนเจตคติและการปฏิบัติประเมินด้วยค่า Cronbach's alpha

วิธีการเก็บข้อมูล

แบบสอบถามแจกในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน Google Forms ระหว่างการประชุม ผู้ตอบแบบสอบถามโดยสมัครใจและไม่ระบุชื่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ เปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มที่เคยอบรมและไม่เคยอบรมโดยใช้ การทดสอบ Independent t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพจากคำถามปลายเปิดวิเคราะห์ด้วยวิธี thematic content analysis

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินศักยภาพระบบบริการตามปกติ ไม่ได้เก็บข้อมูลผู้ป่วย ผู้ตอบเข้าร่วมโดยสมัครใจ และรักษาความลับของข้อมูลทั้งหมด

ผลการศึกษา

ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 145 ราย เป็นผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับพื้นที่ครอบคลุมทุกจังหวัดของประเทศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุเฉลี่ย 38.6 ± 8.9 ปี สัดส่วนมากกว่าครึ่งสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ขณะที่บางส่วนสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และหน่วยสนับสนุนระดับเขต ผู้ตอบส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานด้านวัคซีนมากกว่า 3 ปี อย่างไรก็ตาม มีเพียงประมาณครึ่งหนึ่งที่เคยได้รับการอบรมด้านวัคซีนในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

ความรู้ด้านวัคซีน

คะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 13.08 ± 2.41 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน สะท้อนว่าระดับความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงดี ผู้ตอบส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องในประเด็นพื้นฐาน เช่น บทบาทของวัคซีนในการลดการป่วยและเสียชีวิตในเด็ก และความจำเป็นของการให้วัคซีนตามช่วงอายุที่กำหนด อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่มีสัดส่วนการตอบถูกต่ำกว่า ได้แก่ การจัดการลูกโซ่ความเย็นในกรณีไฟฟ้าดับ การให้วัคซีนในเด็กที่มีโรคเรื้อรังบางชนิด และหลักการจัดลำดับความสำคัญเมื่อวัคซีนมีจำกัด เมื่อเปรียบเทียบตามประวัติการอบรม พบว่ากลุ่มที่เคยได้รับการอบรมด้านวัคซีนในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา มีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยอบรมอย่างมี

เจตคติต่อแผนงานวัคซีน

ผู้ตอบส่วนใหญ่มีเจตคติเชิงบวกต่อแผนงานวัคซีน โดยประมาณสี่ในห้า เห็นว่าวัคซีนเป็นมาตรการสำคัญในการควบคุมโรค และเห็นว่าแผนงาน NIP มีความสำคัญต่อสุขภาพประชาชน อย่างไรก็ตาม มากกว่าครึ่งหนึ่งสะท้อนว่านโยบายหรือโครงการจากหลายหน่วยงานในระดับพื้นที่ทำให้การดำเนินงานขาดความชัดเจน นอกจากนี้ เกือบครึ่งหนึ่งเห็นว่าการเพิ่มวัคซีนใหม่เข้าสู่แผนงานทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น

การปฏิบัติงานด้านวัคซีน

แม้ผู้ตอบส่วนใหญ่รายงานว่ามีการติดตามความครอบคลุมวัคซีนอย่างสม่ำเสมอ แต่การดำเนินงานเชิงรุกยังมีสัดส่วนต่ำ โดยมีเพียงประมาณหนึ่งในสี่ที่ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) เพื่อการวางแผนเชิงรุก และประมาณหนึ่งในสามที่วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะพื้นที่ การจัดกิจกรรมเชิงรุกเพื่อลดช่องว่าง

ภูมิคุ้มกันดำเนินการอย่างสม่ำเสมอในสัดส่วนที่ต่ำกว่าครึ่ง

อุปสรรคในการดำเนินงาน

การวิเคราะห์คำตอบปลายเปิดจากผู้ตอบแบบสอบถามด้วยวิธี thematic content analysis พบว่าอุปสรรคต่อการดำเนินงานแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับพื้นที่สามารถจัดกลุ่มได้เป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่

1) ด้านกำลังคน ผู้ตอบจำนวนมากรายงานปัญหาการขาดแคลนบุคลากร รวมถึงภาระงานที่หลากหลายเกินขอบเขตงานวัคซีน ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมเชิงรุก การติดตามข้อมูลเชิงลึก หรือการลงพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง

2) ด้านโลจิสติกส์ มีการสะท้อนข้อจำกัดด้านการขนส่งและกระจายวัคซีน โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านภูมิประเทศ ส่งผลให้การให้บริการวัคซีนและการจัดกิจกรรมเชิงรุกทำได้ไม่เต็มที่

3) ด้านการสนับสนุนเชิงเทคนิค ผู้ตอบระบุว่าการนิเทศ การให้คำปรึกษาทางวิชาการ และโอกาสในการอบรมพัฒนาศักยภาพจากส่วนกลางหรือระดับเขตยังไม่สม่ำเสมอ ส่งผลต่อความมั่นใจในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในประเด็นทางเทคนิคที่ซับซ้อน เช่น การจัดการวัคซีนในสถานการณ์ฉุกเฉิน และการใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนเชิงรุก

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้สะท้อนภาพสำคัญของการดำเนินงานแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับพื้นที่ของประเทศไทย กล่าวคือ แม้ผู้รับผิดชอบงานวัคซีนจะมีพื้นฐานความรู้และเจตคติเชิงบวกต่อวัคซีนและแผนงาน NIP แต่ยังคงมีช่องว่างสำคัญระหว่างศักยภาพเชิงบุคลากรกับการนำไปสู่การปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในด้านการวางแผนเชิงรุกและการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ ซึ่งสะท้อนปัญหาเชิงระบบมากกว่าปัญหาเชิงทัศนคติส่วนบุคคล

ผลการศึกษาด้านความรู้พบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางถึงดี และกลุ่มที่เคยได้รับการอบรมมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นบทบาทสำคัญของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับหลักฐานจากการศึกษาการอบรมบุคลากรด้านวัคซีนในประเทศตุรกี ซึ่งพบว่าการอบรมเจ้าหน้าที่ปฐมภูมิช่วยเพิ่มระดับความรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญ และสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความครอบคลุมวัคซีนในพื้นที่ภายหลังการอบรม[12] นอกจากนี้ ช่องว่างความรู้ที่พบในประเด็นเชิงปฏิบัติ เช่น การจัดการลูกโซ่ความเย็นในสถานการณ์ฉุกเฉิน และการจัดลำดับความสำคัญเมื่อทรัพยากรจำกัด สะท้อนว่าความท้าทายอยู่ที่ “ความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้” มากกว่าความรู้เชิงทฤษฎี ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าเป็นช่องว่างสมรรถนะด้านปฏิบัติการที่พบได้บ่อยในประเทศรายได้ปานกลาง[13]

ในด้านเจตคติ แม้ผู้ตอบส่วนใหญ่มีมุมมองเชิงบวกต่อวัคซีนและแผนงาน NIP แต่กว่าครึ่งหนึ่งเห็นว่านโยบายหรือโครงการจากหลายหน่วยงานในระดับพื้นที่ทำให้การดำเนินงานขาดความชัดเจน ข้อค้นพบนี้สะท้อนความซับซ้อนของระบบสุขภาพแบบกระจายอำนาจ ซึ่งแม้เพิ่มความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการระดับพื้นที่ แต่ก็อาจนำไปสู่ความซ้ำซ้อนของนโยบายและภาระการประสานงาน งานศึกษาในยุโรปพบว่า ความไว้วางใจต่อบุคลากรสาธารณสุขและความชัดเจนของข้อมูลจากระบบสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อทัศนคติและพฤติกรรมการยอมรับวัคซีน ในขณะที่การได้รับข้อมูลจากแหล่งที่ไม่น่าเชื่อถือสัมพันธ์กับทัศนคติเชิงลบ[14] แม้บริบทของงานดังกล่าวเป็นประชาชนทั่วไป แต่หลักการเดียวกันสามารถสะท้อนในระดับผู้ปฏิบัติงาน กล่าวคือ เมื่อ

ระบบสื่อสารเชิงนโยบายไม่ชัดเจน บุคลากรระดับพื้นที่อาจขาดความมั่นใจในการแปลนโยบายสู่การปฏิบัติ

ผลด้านการปฏิบัติงานชี้ให้เห็นช่องว่างสำคัญระหว่างการติดตามความครอบคลุมวัคซีนกับการใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนเชิงรุก โดยแม้ส่วนใหญ่รายงานว่ามีการติดตาม coverage เป็นประจำ แต่มีสัดส่วนต่ำที่ใช้ข้อมูล HDC เพื่อวิเคราะห์เชิงพื้นที่และกำหนดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะพื้นที่ ประเด็นนี้มีความสำคัญเชิงระบบ เนื่องจากในประเทศที่มีความครอบคลุมวัคซีนระดับชาติสูง ความเสี่ยงอาจไม่ได้อยู่ที่ค่าเฉลี่ยประเทศ แต่อยู่ที่ “ช่องว่างภูมิคุ้มกันที่ซ่อนอยู่” ในบางชุมชน ซึ่งจะตรวจพบได้เมื่อมีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพื้นที่อย่างเป็นระบบ แนวคิดนี้สอดคล้องกับกรอบ Immunization Agenda 2030 ขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการลดความเหลื่อมล้ำด้านภูมิคุ้มกันและการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ[15]

อุปสรรคที่ผู้ตอบรายงาน ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากร ข้อจำกัดด้านโลจิสติกส์ และการสนับสนุนเชิงเทคนิคที่ไม่สม่ำเสมอ สะท้อนว่าความท้าทายของระบบวัคซีนในปัจจุบันไม่ได้อยู่ที่การกำหนดนโยบายระดับชาติ แต่เป็นความพร้อมเชิงปฏิบัติของระบบระดับพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานจากหลายประเทศที่ชี้ว่าปัจจัยเชิงระบบ เช่น กำลังคน โครงสร้างพื้นฐาน และการนิเทศ มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมวัคซีนไม่แพ้ปัจจัยด้านความรู้หรือทัศนคติ [12,16] อีกทั้งบริบทหลังการระบาดของโควิด-19 ยังส่งผลให้เกิดการเบี่ยงเบนทรัพยากรบุคลากรถูกดึงไปภารกิจฉุกเฉิน และการอบรมหรือการนิเทศภาคสนามถูกชะลอ ซึ่งองค์การอนามัยโลกรายงานว่าปรากฏการณ์นี้ทำให้ช่องว่างของบริการวัคซีนในหลายประเทศขยายตัว[17]

อีกประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกับวรรณกรรมคือความแตกต่างระหว่าง “ความรู้เชิงทฤษฎี” กับ “ความสามารถในการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง” หลายการศึกษาพบว่าบุคลากรสามารถตอบคำถามทั่วไปได้ดี แต่คะแนนลดลงอย่างชัดเจนในคำถามแบบ case scenario หรือสถานการณ์ซับซ้อน[18] รูปแบบเดียวกันปรากฏในการศึกษานี้ สะท้อนว่าโจทย์สำคัญของระบบไม่ใช่เพียงการถ่ายทอดข้อมูล แต่ต้องเน้นการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง (simulation) การอภิปรายกรณีศึกษา และการทำงานร่วมข้ามสาขา โดยเฉพาะการเชื่อมโยงงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันกับผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อรังหรือโรคเฉพาะทาง เพื่อลดความไม่มั่นใจในการตัดสินใจและป้องกัน missed opportunities for vaccination ในกลุ่มเสี่ยง[16,18]

ในมุมของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นความแตกต่างระหว่าง “นโยบายที่ออกแบบได้ดีในระดับชาติ” กับ “ศักยภาพของระบบระดับพื้นที่ในการดำเนินงานจริง” ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของระบบสุขภาพแบบกระจายอำนาจ การที่บุคลากรมีทัศนคติเชิงบวกแต่ยังไม่สามารถดำเนินงานเชิงรุกได้เต็มที่ บ่งชี้ว่าอุปสรรคไม่ได้อยู่ที่การยอมรับนโยบาย แต่เป็นข้อจำกัดเชิงทรัพยากร โครงสร้างสนับสนุน และกลไกกำกับติดตาม นโยบายวัคซีนจึงจำเป็นต้องมีมาตรการเสริมเชิงระบบควบคู่กับการประกาศนโยบาย เช่น การจัดสรรกำลังคนเฉพาะด้านวัคซีน การสร้างกลไกนิเทศและสนับสนุนทางเทคนิคอย่างสม่ำเสมอ และการพัฒนาระบบข้อมูลให้บุคลากรใช้ประโยชน์ได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Immunization Agenda 2030 ที่เน้นความเข้มแข็งของระบบสุขภาพพื้นฐานและกำลังคนสาธารณสุข [15]

นอกจากนี้ ข้อค้นพบเกี่ยวกับการใช้ข้อมูล HDC ที่ยังจำกัด สะท้อนว่าระบบข้อมูลแม้มีอยู่แล้ว แต่หากไม่เชื่อมโยงกับการตัดสินใจเชิงปฏิบัติ ก็ไม่สามารถแปลเป็นผลลัพธ์เชิงนโยบายได้เต็มที่ แนวคิด “data-to-action” จึงเป็นหัวใจของการพัฒนาระบบภูมิคุ้มกันโรคในระยะถัดไป โดยเฉพาะในบริบทหลัง

โควิด-19 ที่หลายประเทศพบว่าความยืดหยุ่นของระบบวัคซีนขึ้นอยู่กับความสามารถของระดับพื้นที่ในการใช้ข้อมูลแบบ real-time เพื่อระบุพื้นที่เสี่ยงและตอบสนองอย่างรวดเร็ว [16]

โดยสรุป ความยั่งยืนของระบบสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับความครอบคลุมวัคซีนโดยรวมเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับศักยภาพของบุคลากรระดับพื้นที่ในการใช้ข้อมูล วางแผนเชิงรุก ตัดสินใจอย่างมั่นใจ และได้รับการสนับสนุนทางเทคนิคอย่างต่อเนื่อง การพัฒนากำลังคน ระบบสนับสนุน และการอบรมเชิงปฏิบัติการจึงควรถูกมองเป็นองค์ประกอบหลักของนโยบายวัคซีน ไม่ใช่เพียงกิจกรรมเสริม เพราะคุณภาพของการนำไปปฏิบัติเป็นตัวกำหนดว่าประโยชน์ของนโยบายจะเกิดขึ้นจริงในระดับประชากรได้มากเพียงใด [15,17]

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา ข้อเสนอแนะเชิงระบบสามารถสรุปได้เป็น 4 มิติ ดังนี้

1. ด้านกำลังคน ควรจัดสรรตำแหน่งงานเฉพาะด้านวัคซีนในระดับพื้นที่ เพื่อลดภาระงานทับซ้อน และเพิ่มความต่อเนื่องของงานวิชาการด้านวัคซีน ควบคู่กับการจัดอบรมต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเน้นการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองและพัฒนาระบบพี่เลี้ยงระหว่างเขตสุขภาพและจังหวัด เพื่อเสริมการสนับสนุนเชิงเทคนิค

2. ด้านข้อมูลและการใช้ข้อมูล ควรพัฒนาเครื่องมือ dashboard เชิงพื้นที่จาก HDC เพื่อระบุช่องว่างภูมิคุ้มกัน และเสริมทักษะบุคลากรในการแปลผลข้อมูลสู่การวางแผนเชิงปฏิบัติ รวมทั้งบูรณาการการใช้ข้อมูล HDC กับระบบนิเทศ เพื่อให้ข้อมูลถูกใช้ในการตัดสินใจจริง

3. ด้านโลจิสติกส์และระบบสนับสนุน ควรเพิ่มงบประมาณด้านการขนส่งวัคซีนในพื้นที่เข้าถึงยาก พัฒนาแนวทางรับมือเหตุฉุกเฉินด้าน cold chain และจัดให้มีช่องทางปรึกษาทางเทคนิคจากส่วนกลางเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานในพื้นที่

4. ด้านนโยบายและการกำกับระบบ ควรลดความซ้ำซ้อนของโครงการจากหลายหน่วยงาน โดยจัดทำแนวทางบูรณาการนโยบายระดับพื้นที่ พร้อมพัฒนากลไกติดตามสมรรถนะบุคลากรควบคู่กับตัวชี้วัด coverage และบูรณาการแนวคิดความเป็นธรรมและการใช้ข้อมูลตามกรอบ Immunization Agenda 2030 ในแผนพัฒนาบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

1. Muangchana C, Thamapornpilas P, Karnkawinpong O.(2010). Immunization policy development in Thailand: the role of the Advisory Committee on Immunization Practice. Vaccine. 2010;28 Suppl 1:A104–9.
2. World Health Organization.(2026). Expanded Programme on Immunization (EPI) [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2026 Feb 6]. Available from: https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/programmes/expanded-programme-on-immunization
3. National Health Security Office.(2026). Universal Coverage Scheme: health benefit package [Internet]. Bangkok: NHSO Thailand; [cited 2026 Feb 6]. Available from: https://www.nhso.go.th
4. World Health Organization.(2026). Immunization coverage [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2026 Feb 6]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage
5. Byström E, Lindstrand A, Bergström J, Riesbeck K, Roth A.(2020). Confidence in the National Immunization Program among parents in Sweden 2016 - A cross-sectional survey. Vaccine. 2020 May 8;38(22):3909-3917. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.01.078. Epub 2020 Feb 11. PMID: 32057573.

6. Larson HJ, Jarrett C, Schulz WS, et al.(2015). Measuring vaccine confidence: analysis of data from global surveys. Lancet Infect Dis. 2015;15(5):610–21.
7. Essoh TA, Adeyanju GC, Adamu AA, Tall H, Aplogan A, Tabu C.(2023). Exploring the factors contributing to low vaccination uptake for nationally recommended routine childhood and adolescent vaccines in Kenya. BMC Public Health. 2023 May 19;23(1):912. doi: 10.1186/s12889-023-15855-w. PMID: 37208649; PMCID: PMC10197028.
8. World Health Organization.(2020). Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Geneva: WHO; 2020.
9. World Health Organization. Behavioural and social drivers of vaccination (BeSD): tools and practical guidance. Geneva: WHO.
10. MacDonald NE; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy.(2015). Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. Vaccine. 2015;33:4161–4.
11. World Health Organization.(2020). Immunization Agenda 2030: a global strategy to leave no one behind. Geneva: WHO; 2020.
12. Özdemir R, et al.(2018). Effect of immunization training on knowledge level of primary healthcare workers and vaccination coverage. Vaccine. 2018;36(28):4057–62.
13. World Health Organization.(2015). Immunization in Practice: A Practical Guide for Health Staff. Geneva: WHO; 2015.
14. Karafillakis E, Larson HJ.(2017). The benefit of the doubt or doubts over benefits? A systematic review of European healthcare workers' vaccine confidence and trust. Vaccine. 2017;35(37):4876–90.
15. Paterson P, Meurice F, Stanberry LR, Glismann S, Rosenthal SL, Larson HJ.(2016). Vaccine hesitancy and healthcare providers. Vaccine. 2016;34(52):6700–6.
16. World Health Organization.(2020). Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report. Geneva: WHO; 2020.
17. World Health Organization.(2020). Immunization Agenda 2030: Implementation Framework. Geneva: WHO.
18. Song Y, Zhang T, Chen L, et al.(2024). Knowledge of vaccine contraindications among vaccinators and its impact on vaccination practices. Vaccines. 2024;12(6):632.

การพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

Quality Improvement of Care for Cancer Patients Receiving Chemotherapy in the General Ward, Suratthani Cancer Hospital.

(Received: February 9,2026 ; Revised: February 13,2026 ; Accepted: February 23,2026)

จุฑารัตน์ เรืองชุม[1] กุลวดี อภิชาติบุตร[2] อรอนงค์ วิชัยคำ[3]
Chutarat Ruengchum Kulwadee Abhicharttibutra Orn-anong Wichaikhum

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 16 คน แบ่งเป็นทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกิน และแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดภาวะภูมิไวเกิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแบบบรรยาย

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพโฟกัสพีดีซีเอ พยาบาลทีมปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกินถูกต้องครบถ้วนโดยภาพรวมเฉลี่ยร้อยละ 90.10 โดยสามารถปฏิบัติการดูแลในระยะก่อนได้รับยาเคมีบำบัดถูกต้องครบถ้วนระหว่างร้อยละ 95.84-100.00 สามารถปฏิบัติการดูแลระหว่างให้ยาเคมีบำบัดได้ถูกต้องครบถ้วนระหว่างร้อยละ 91.67-100.00 และสามารถปฏิบัติการดูแลระยะหลังให้ยาเคมีบำบัดได้ถูกต้องครบถ้วนระหว่างร้อยละ 83.30-100.00 และไม่พบอุบัติการณ์ภาวะภูมิไวเกินมากกว่าเท่ากับระดับ 3 ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมการนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องไปใช้ในหน่วยงานอื่นเพื่อให้เกิดคุณภาพบริการที่ดีต่อผู้ป่วย

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คุณภาพการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ภาวะภูมิไวเกิน

Abstract

This study was research and development aimed to improve the quality of care for chemotherapy patients in the general ward at Surat Thani Cancer hospital. The study population consisted of 16 registered nurses, classified into a development team and a practice team. The research instruments were a focus group discussion guideline, a chemotherapy care manual, an observation checklist guideline for nursing team of hypersensitivity reactions, and incident reporting forms. Data were analyzed using descriptive statistics.

The study results showed that, following the implementation of a continuous quality improvement process, the practice team was able to correctly and completely practice with guidelines for caring for cancer patients receiving chemotherapy at risk of hypersensitivity reactions, with an overall average of 90.10%. The practice team was able to correctly and completely practice pre-chemotherapy care between 95.84% and 100.00%, was able to correctly and completely practice chemotherapy care between 91.67% and 100.00 %, and was able to correctly and completely practice post-chemotherapy care between 83.30-100.00%. No incidence of hypersensitivity greater than or equal to level 3 was found. Nursing administrators should promote the application of continuous quality improvement processes in other units, thereby enhancing patient care quality.

Keyword: Continuous Quality Improvement, Quality of Care, Cancer Patients Receiving Chemotherapy, Hypersensitivity reactions

---

[1] โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี
[2] รองศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทนำ

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) เป็นกระบวนการสำคัญในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของการบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงระบบงานและกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการและมุ่งสู่ความเป็นเลิศ กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอาศัยการใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ร่วมกับความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนางานประจำ โดยให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ และปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง[1] กระบวนการพัฒนาคุณภาพโฟกัสพีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ช่วยให้การพัฒนาคุณภาพมีความชัดเจน เป็นระบบ และเหมาะสมกับบริบทของงานบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยนำกระบวนการ โฟกัสพีดีซีเอ ครอบคลุมตั้งแต่ ขั้นตอนค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ การสร้างทีมงานให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ ทำความเข้าใจกระบวนการที่จะปรับปรุง ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ วางแผนในการปรับปรุง นำไปปฏิบัติ ตรวจสอบการปฏิบัติ และยืนยันการดำเนินการปรับปรุงคุณภาพอย่างเนื่อง [2,3]

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่าการนำกระบวนการ โฟกัสพีดีซีเอ ได้นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งหลายๆ บริบท สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ [4,5,6] โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี (2564 – 2566) พบว่า หอผู้ป่วยสามัญมีการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดจำนวน 4,713 ครั้ง 4,479 ครั้ง และ 3,571 ครั้ง ตามลำดับ และจำนวนครั้งที่ให้ยากลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกินปี 2564 - 2566 มีจำนวน 1,497 ครั้ง 1,352 ครั้ง และ 1,267 ครั้ง ตามลำดับ การใช้ยาดังกล่าวส่งผลให้เกิดอัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกินมากกว่าระดับ 3 จำนวน 3 ครั้ง 4 ครั้ง และ 3 ครั้ง ตามลำดับ [7] ซึ่งอุบัติการณ์ภาวะภูมิไวเกินมากกว่าเท่ากับระดับ 3 เกินเป้าหมายที่กำหนด คือ 0 ครั้งต่อเดือน และเป็นอุบัติการณ์ที่มีลักษณะของผลกระทบที่รุนแรง (High Impact) [7] การเกิดภาวะภูมิไวเกินนี้ หอผู้ป่วยได้มีการพัฒนาแบบบันทึกการบริหารยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกินรูปแบบใหม่โดยกำหนดให้บริหารยาด้วยอัตราการไหลที่ช้าลงและเริ่มทดลองใช้เดือนมิถุนายน พ.ศ.2567 แต่จากข้อมูล (เดือนมิถุนายน - เดือน พฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2567) ยังพบผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดภาวะภูมิไวเกินระดับความรุนแรงมากว่าเท่ากับระดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 1.02 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงภาวะภูมิไวเกิน ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดภาวะภูมิไวเกินคือทำให้ได้รับการรักษาไม่ครบตามแผนการรักษาต้องหยุดยาเคมีบำบัดชนิดนั้น ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นเกิดความหวาดกลัวในการให้เคมีบำบัดครั้งต่อไป[7] รวมทั้งพบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือและส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ [7] นอกจากนี้ยังพบปัญหาเชิงกระบวนการในการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การขาดแนวทางหรือคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ความไม่สม่ำเสมอของแบบบริหารอัตราการไหลของยาเคมีบำบัดและการบันทึกทางการพยาบาล การประเมินและเฝ้าระวังอาการไม่ครบถ้วน การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติไม่เพียงพอ รวมถึงพยาบาลมีการหมุนเวียนในการดูแลผู้ป่วยบ่อยครั้ง โดยเฉพาะมีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้น้อย ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและการมีส่วนร่วมของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน [7] ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้กระบวนการ โฟกัสพีดีซีเอเป็นกรอบแนวคิด จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ วางแผน และ

ปรับปรุงการดูแลอย่างต่อเนื่องอันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของการพยาบาล ลดการเกิดภาวะภูมิไวเกินให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดและส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ครั้งนี้ประยุกต์ใช้ แนวคิดโฟกัสพีดีซีเอ[3] ประกอบด้วยกระบวนการ 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ 2) สร้างทีมงานให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความเข้าใจกระบวนการที่จะปรับปรุง 4) ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ 5) เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) วางแผนในการปรับปรุง 7) นำไปปฏิบัติ 8) ตรวจสอบการปฏิบัติ 9) ยืนยันการดำเนินการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในการบริหารยาเคมีบำบัดของสมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโดยการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นตอนการเตรียมก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา (ระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัด) 2) ขั้นตอนให้ยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา (ระยะระหว่างให้ยาเคมีบำบัด) 3) ขั้นตอนหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา (ระยะหลังให้ยาเคมีบำบัด) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดถูกต้อง ครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 และอุบัติการณ์การเกิดภาวะภูมิไวเกินมากกว่าเท่ากับระดับ 3 เท่ากับ 0 ครั้ง ต่อเดือน

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรการศึกษาครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี จำนวน 16 คน โดยจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย ทีมปฏิบัติ 14 คน ทีมพัฒนาคุณภาพ 2 คน รวมประชากรทั้งหมด 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ใช้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด ปัญหาและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกิน

2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วยการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการเตรียมก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา 2) ขั้นตอนให้ยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา 3) ขั้นตอนหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทีมปฏิบัติเกี่ยวกับ เพศ อายุ ประสบการณ์ปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาล ประสบการณ์ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยสามัญ วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และประสบการณ์ในการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสี่ยงเกิดภูมิไวเกิน รวมจำนวน 9 ข้อ

2) แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกิน ประกอบด้วยการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการเตรียมก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา 2) ขั้นตอนให้ยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา 3) ขั้นตอนหลังได้รับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ปฏิบัติถูกต้อง ครบถ้วน (1) ปฏิบัติไม่

ถูกต้อง ครบถ้วนหรือ (0) และไม่สามารถประเมินได้ (N/A)

3) แบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดภาวะภูมิไวเกิน สำหรับบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับวันที่เกิดอุบัติการณ์ ชื่อยาเคมีที่ให้ จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะภูมิไวเกิน

การตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทีมปฏิบัติ แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกิน แบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดภาวะภูมิไวเกิน ผ่านตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ (completeness) ความสอดคล้อง (consistency) การลำดับข้อความ (Sequence) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ผู้ศึกษาได้ทำการปรับแก้ไขภาษาให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น ผู้ศึกษาร่วมกับทีมพัฒนาอีก 2 คน ทำการสังเกตการณ์ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกิน ของทีมปฏิบัติจำนวน 10 ครั้ง และคำนวนหาความสอดคล้องต้องกันของการสังเกต (interrater agreement) ได้ค่าเท่ากับ 0.90 โดยค่าที่ยอมรับได้ที่ .80 [8]

การรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกิน หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วยขั้นตอนการพัฒนา 9 ขั้นตอน ตามกรอบแนวคิดการศึกษาโดยใช้วงจรกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (โฟกัสพีดีซีเอ) [3] ขั้นตอนที่ 1 การค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกิน โดยทบทวนข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยและสถิติการรายงานอุบัติการณ์ของหน่วยงาน ขั้นตอนที่ 2 การสร้างทีมงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งทีมประกอบด้วย ทีมปฏิบัติ 14 คน และพยาบาลทีมพัฒนาคุณภาพ 2 คน (เป็นผู้มีประสบการณ์) ขั้นตอนที่ 3 ทีมปฏิบัติทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพที่ทำในปัจจุบันโดยระบุ กระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกิน และเขียนเป็นผังการไหลของงานที่ปฏิบัติในปัจจุบัน ขั้นตอนที่ 4 ทีมปฏิบัติและทีมพัฒนาทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกิน โดยการทำการสนทนากลุ่มถึงปัญหา สาเหตุ วิเคราะห์ด้วยแผนผังก้างปลา ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง โดยทีมปฏิบัติและทีมพัฒนาประชุมร่วมกันเพื่อระดมสมองหาแนวทางแก้ไขสาเหตุของการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกิน ที่ไม่มีประสิทธิภาพ และลงคะแนนเสียงข้างมาก เพื่อสรุปแนวทางแก้ไขปัญหา ขั้นตอนที่ 6 วางแผนในการปรับปรุงเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา โดยทีมพัฒนาร่วมกันพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผังการไหลของงานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเมื่อเกิดภูมิไวเกิน แบบบันทึกอัตราการไหลยาเคมีบำบัด (Small titration Paclitaxel /Oxaliplatin) ป้ายเตือนเฝ้าระวัง และแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดภาวะภูมิไวเกิน ขั้นตอนที่ 7 การปฏิบัติ โดยทีมพัฒนาคุณภาพ ทำการอบรมทบทวนความรู้และดำเนินกิจกรรมตามแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้ทุกคนทราบและร่วมมือในการปฏิบัติ และใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งการจัดสถานการณ์จำลองเหตุการณ์และทดลองปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกิน ของทีมปฏิบัติ 3 สัปดาห์ ขั้นตอนที่ 8 ตรวจสอบการปฏิบัติ โดยทีมพัฒนาคุณภาพดำเนินการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกิน หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี (เป็นระยะเวลา 2

เดือน) ขั้นตอนที่ 9 การยืนยันการดำเนินการและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Act) โดยทีมพัฒนาคุณภาพเป็นผู้ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางและสรุปผลการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของทีมปฏิบัติวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณา โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลที่ได้จากการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกิน หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ได้แก่ แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด แบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดภาวะภูมิไวเกินวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

3. จำนวนครั้งการเกิดอุบัติการณ์ภาวะภูมิไวเกินมากกว่าเท่ากับ ระดับ 3 วิเคราะห์ ความถี่และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 2568 EXP034) และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี (เลขที่ SCH_EC_017/2568)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมปฏิบัติ ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทีมปฏิบัติการ หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี พบว่าพยาบาลวิชาชีพทีมปฏิบัติหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานีเป็นเพศหญิงร้อยละ 100.00 มีอายุเฉลี่ย 31.86 ปี (SD = 10.70) โดยมีอายุมากที่สุดในช่วง 20 – 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาลเฉลี่ย 9.36 ปี (SD = 9.66) โดยมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาลมากที่สุดในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.14 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยสามัญเฉลี่ย 8.42 ปี (SD = 9.01) โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยสามัญอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.14 วุฒิการศึกษาที่สำเร็จสูงสุดเป็นปริญญาตรีทุกคนร้อยละ 100.00 ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานและพยาบาลวิชาชีพชำนาญการเท่ากันร้อยละ 50.00 ไม่เคยมีประสบการณ์การอบรม เกี่ยวกับการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 37.51 เคยอบรมเกี่ยวกับการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 64.29 มีประสบการณ์ในการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา เฉลี่ย 20.07 ครั้ง (SD = 18.72) มีประสบการณ์ในการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสี่ยงเกิดภูมิไวเกินในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย 3.64 ครั้ง (SD = 3.05) โดยมีประสบการณ์ในการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสี่ยงเกิดภูมิไวเกินมากที่สุดในช่วง 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 57.15

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสี่ยงเกิดภูมิไวเกิน ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสี่ยงเกิดภูมิไวเกินโดยเฉลี่ยร้อยละ 90.10 จำแนกเป็น 3 ระยะ พบว่า ระยะก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ทีมปฏิบัติมีการปฏิบัติอย่างถูกต้อง ครบถ้วน อยู่ระหว่าง ร้อยละ 95.83 - 100.00 ระยะระหว่างให้ยาเคมีบำบัด ทีมปฏิบัติมีการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนคิดเป็นร้อยละ 91.67-100.00 และระยะหลังให้ยาเคมีบำบัด ทีมปฏิบัติมีการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนคิดเป็นร้อยละ 83.30-100.00 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่1ได้รับยาเคมีบำบัดเสี่ยงเกิดภูมิไวเกิน 3 ระยะ (n=24)

รายการที่ประเมิน	ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสี่ยงเกิดภูมิไวเกิน ปฏิบัติ ถูกต้อง ครบถ้วน
1. ระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่ - การซักประวัติประเมินสภาพผู้ป่วยและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ - การตรวจสอบแผนการรักษากับแพทย์เจ้าของไข้ - การจัดเตียงสำหรับผู้ป่วยเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงภูมิไวเกิน - การบันทึกทางการพยาบาลระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงเกิดภูมิไวเกิน เกี่ยวกับการเสี่ยงเกิดภาวะ Hypersensitivity reaction	95.83 - 100.00
2. ระยะระหว่างให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่ - การบริหารยา pre-medication - การให้ยาเคมีบำบัด - การดูแลขณะให้ยาเคมีบำบัด - การประเมินภาวะภูมิไวเกิน - การรายงานแพทย์เมื่อเกิดภาวะภูมิไวเกิน - การดูแลเมื่อเกิดภาวะภูมิไวเกิน - การบันทึกทางการพยาบาลระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะระหว่างให้ยาเคมีบำบัดเกิดภาวะภูมิไวเกินเกี่ยวกับการเกิดภาวะ Hypersensitivity reaction	91.67 - 100.00
3. ระยะหลังให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่ - การดูแลกรณีหลังเกิดภาวะภูมิไวเกิน - ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะหลังเกิดภาวะภูมิไวเกินเกี่ยวกับการพร่องความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะ Delay Hypersensitivity reaction	83.30 - 100.00
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	90.10

ส่วนที่ 3 จำนวนครั้งการเกิดอุบัติการณ์ภาวะภูมิไวเกินมากกว่าเท่ากับ ระดับ 3 ของหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า ไม่เกิดภาวะภูมิไวเกินขึ้น คิดเป็นร้อยละ 0.00

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ทีมปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสี่ยงเกิดภูมิไวเกินได้ถูกต้อง ครบถ้วน มากกว่าร้อยละ 80 อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้มีการนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัสพีดีซีเอ มาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพ ทำให้ทีมปฏิบัติมีโอกาสได้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพตั้งแต่ขั้นตอนการค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และร่วมเสนอแนวทางแก้ไขปัญหากันจนถึงการยืนยันผลการดำเนินงาน ซึ่งการมีส่วนร่วมของทีมปฏิบัติในทุกขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพงานทำให้ทีมปฏิบัติรู้สึกว่าตนได้มีส่วนร่วม รู้สึกเป็นส่วนของทีม และเต็มใจในการให้ความช่วยเหลือการทำงานให้ประสบความสำเร็จ เกิดความ

ตระหนักในการร่วมแก้ไข ดังที่ประทีป จันทรสิงห์ [11] ได้กล่าวว่าเมื่อบุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วมแล้วจะไม่ค่อยเกิดการต่อต้านเกี่ยวกับแนวคิดและการดำเนินงาน ทำให้บุคคลได้ร่วมกันพิจารณาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการ บุคลากรจะรู้สึกพึงพอใจในผลงานที่เกิดขึ้น และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกเป็นเจ้าของ อีกทั้งการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพยังทำให้ทีมปฏิบัติได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ปัญหาสาเหตุที่แท้จริงจากการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ปฏิบัติอยู่จริง ดังที่ Huang et al [12] กล่าวว่าการมีส่วนร่วมของทีมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ สมาชิกทีมทุกคนมีส่วนร่วมในการอภิปรายแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมนี้ทำให้สามารถระบุสาเหตุที่แท้จริงได้ชัดเจน และนำไปสู่การเลือกมาตรการแก้ไข เช่นเดียวกับที่ American College of Cardiology [13] ได้ระบุว่าแบบจำลองโฟกัสพีดีซีเอ สามารถใช้ได้ผลดีในหลายด้านของการปรับปรุงคุณภาพ ทำให้เกิดและสร้างแรงบันดาลใจให้ทีมทำงานได้ดียิ่งกว่าเดิม

นอกจากนี้การศึกษาได้มีการนำเครื่องมือคุณภาพมาใช้ ได้แก่การระดมสมอง ใช้ในการพัฒนาทำให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ทำให้เกิดบรรยากาศของการพัฒนางานที่ดี ดังที่ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ [14] และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล [15] ได้กล่าวว่าการระดมสมองทำให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมทั้งความคิดและการลงมือปฏิบัติ ทำให้เกิดบรรยากาศของการเรียนรู้ ซึ่งเกิดการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในทุกขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพงาน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับที่ Qadir et al[16] ได้กล่าวว่าการระดมสมอง เป็นเทคนิคการตัดสินใจแบบกลุ่มเชิงโต้ตอบ ซึ่งออกแบบมาเพื่อสร้างแนวคิดทางเลือกจำนวนมากในการแก้ไขปัญหาของทีม เทคนิคนี้ถือเป็นเครื่องมือที่มีคุณค่าและจำเป็นอย่างยิ่งในงานพยาบาล อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้ยังได้มีการจัดทำผังการไหลของงาน (Flow chart) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกิดภาวะเสี่ยงภูมิไวเกิน ซึ่งแสดงขั้นตอนการบริหารยาเคมีบำบัดทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัด ระยะระหว่างให้ยาเคมีบำบัด และระยะหลังให้ยาเคมีบำบัด ที่แสดงขั้นตอนให้การพยาบาลสำคัญที่ต้องปฏิบัติตามระดับความรุนแรงเมื่อเกิดภาวะภูมิไวเกิน ทำให้ทีมพยาบาลปฏิบัติงานเห็นลำดับขั้นตอนการปฏิบัติงานชัดเจน ผังการไหลของงานมีเนื้อหาคลอบคลุม กระชับ จดจำและเข้าใจได้ง่าย ทั้งยังระบุบทบาทหน้าที่ของทีมผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ปฏิบัติทุกคนทราบบทบาทหน้าที่ของตน ทำให้การดูแลผู้ป่วยรวดเร็วขึ้นและมีประสิทธิภาพ ดังที่วิจิตรา นุชอยู่ [17] ได้กล่าวว่า การเขียนผังการไหลของงานเป็นการบันทึก ถ่ายทอด สื่อสารขั้นตอนการทำงานระหว่างบุคคลหรือหน่วยงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติเห็นกระบวนงานในภาพรวม สะดวกต่อการพิจารณาลำดับขั้นตอนในการทำงาน การตรวจสอบความถูกต้อง และการปรับปรุงขั้นตอนของกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ หากหน่วยงานเข้าใจและสามารถเขียนผังการไหลของงานการทำงานของตนเองได้ จะทำให้เห็นโอกาสในการพัฒนาขั้นตอนการทำงาน หรือลดความซ้ำซ้อนให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดภูมิไวเกิน โดยการจัดสถานการณ์จำลองเหตุการณ์ (simulation) เพื่อฝึกการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัด ระยะระหว่างให้ยาเคมีบำบัด และระยะหลังให้ยาเคมีบำบัด รวมทั้งการเกิดภาวะภูมิไวเกินระดับความรุนแรงระดับ 1-3 ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนเห็นถึงเหตุการณ์จริงโดยเฉพาะพยาบาลใหม่ที่ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังที่สมจิตต์ สินธุชัย และ กันยารัตน์ อุบลวรรณ [18] ได้กล่าวว่าการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นวิธีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการ เรียนรู้ด้วยตนเองเสมือนอยู่ในสถานการณ์จริง การจำลองช่วยถ่ายโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ผู้เรียนได้ทำความเข้าใจ รวมทั้งการตัดสินใจทางการพยาบาล ส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงมากขึ้น เพิ่มพูนประสบการณ์ที่ผู้ปฏิบัติงาน ที่ไม่มีโอกาสฝึกปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก หรือขาดประสบการณ์นั้น การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะ

ภูมิไวเกินมากกว่าเท่ากับระดับ 3 มีเท่ากับร้อยละ 0.00 ต่อเดือน นั้นอาจมีเหตุผลมาจากได้มีการมอบหมายงานให้หัวหน้าเวรหรือพยาบาลอาวุโสทำการนิเทศทีมปฏิบัติที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงเกิดภูมิไวเกิน โดยการให้คำปรึกษา แนะนำพยาบาลในเวรนั้นๆ เช่น การจัดเตรียมเตียงที่เหมาะสมในการรับผู้ป่วย การประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยก่อนให้ยาเคมีบำบัด การปรับอัตราไหลของยาตามแนวทาง Small titration Paclitaxel /Oxaliplatin รวมทั้งเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะภูมิไวเกิน และเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินยังช่วยแก้ปัญหาเฉพาะหน้าโดยเฉพาะพยาบาลจบใหม่ที่ยังขาดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงเกิดภูมิไวเกิน บทบาทการนิเทศดังกล่าวช่วยให้ทีมปฏิบัติมีความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงเกิดภูมิไวเกินได้อย่างถูกต้อง ดังที่ รัดดาวรรณ วิชาฤทธิ์ [19] ได้กล่าวว่า ข้อดีของการนิเทศทางการพยาบาลทำให้บุคลากรพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีทักษะ ความรู้ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น รวมถึงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย นอกจากนี้ Pires et al. [20] ได้กล่าวว่า การนิเทศทางคลินิกช่วยให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางที่อ้างอิงหลักฐาน ลดความผิดพลาด และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับ Proctor [21] ได้กล่าวว่า การนิเทศการปฏิบัติงาน รวมทั้งการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และการให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ เพื่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน เป็นการนิเทศทางคลินิกที่มุ่งส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิกตามมาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนด

นอกจากนี้ทีมพัฒนาคุณภาพได้มีการจัดทำคู่มือการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกิน การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีภาวะภูมิไวเกิน ระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัด ระยะระหว่างให้ยาเคมีบำบัด และระยะหลังได้รับยาเคมีบำบัด และบทบาทของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงเกิดภูมิไวเกิน คู่มือที่พัฒนาขึ้นมีการค้นคว้าจากแหล่งอ้างอิงที่มีความน่าเชื่อถือ ระบุการดูแลทุกระยะสำหรับการให้ยาเคมีบำบัด ทำให้พยาบาลทีมปฏิบัตินำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานได้ ดังที่ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [22] ได้กล่าวว่า คู่มือการปฏิบัติงาน (Work Manual) จัดทำขึ้นเพื่อประโยชน์สำหรับการอ้างอิงในการปฏิบัติงานแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเป็นแหล่งข้อมูลให้กับผู้เริ่มต้นปฏิบัติงานใหม่ อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการวางแผนกระบวนการปฏิบัติงานในอนาคต เพื่อลดความซ้ำซ้อน ป้องกันความผิดพลาด และส่งผลให้ใช้เวลาในการดำเนินงานลดลง และถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยคู่มือการปฏิบัติงาน ที่ดำเนินการจัดทำ ครอบคลุมรายละเอียดและขั้นตอนการปฏิบัติงานกระบวนการหลักๆ ของแต่ละงาน ตามที่เกิดขึ้นจริง

ในการศึกษาครั้งนี้ยังมีการสร้างแบบบันทึก Small titration Paclitaxel /Oxaliplatin และป้ายเตือนเฝ้าระวังอาการที่ต้องต้องทันที ข้อความในป้ายแจ้งเตือนอาการสำคัญและมีรูปภาพประกอบ ได้แก่ อาการหน้าแดง (Flushing) มีผื่น (Rash) มีไข้ (Drug fever) หายใจลำบาก (Dyspnea) ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการสังเกตอาการสำคัญที่ระบุในป้าย ดังที่ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย [23] ได้ระบุว่า การให้และบริหารยาทางหลอดเลือดดำต้องแจ้งรายละเอียดของอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้หลังจากผู้ป่วยได้รับยา และอาการที่ผู้ป่วยหรือญาติควรรีบแจ้งทีมผู้ดูแลทันที หรือการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วย (Monitoring) ภายหลังได้รับยาให้ติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติของยาที่ต้องระมัดระวังสูงแต่ละชนิดเพื่อลดความรุนแรงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

สรุป

การนำกระบวนการโฟกัสพีดีซีเอ มาพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมี

บำบัดในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ทำให้ทีมปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 และสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะภูมิไวเกินมากกว่าเท่ากับระดับ 3 ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ

จากการพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยควรส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกินหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี โดยการนำคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมาใช้ และติดตามตัวชี้วัด แนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดภาวะภูมิไวเกินอย่างต่อเนื่อง ควรมีการทบทวน หรือนิเทศการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกิน และมีการติดตามประเมินการปฏิบัติของพยาบาลในส่วนของการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อเกิดภาวะภูมิไวเกินระดับรุนแรง 3-4 อย่างต่อเนื่อง

2. หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสี่ยงเกิดภาวะภูมิไวเกินให้ครบทุกหน่วยงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ทุกท่านที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1.Deming WE.(1986). Out of the Crisis. Cambridge, MA: MIT Press.

2.Deming WE.(1993). The New Economics for Industry, Government, Education. Cambridge, MA: MIT Press.

3.McLaughlin CP, Kaluzny AD.(2002). Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implementations, and Applications. 2nd ed. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.

4. Abuzied Y, Alshammary SA, Alhalahlah T, Somduth S.(2023). Using FOCUS-PDSA Quality Improvement Methodology Model in Healthcare: Process and Outcomes. Glob J Qual Saf Healthc. 2023 May 3;6(2):70-2. doi:10.36401/JQSH-22-19. PMID:37333757; PMCID:PMC10275632.

5. Jin Y, Li C, Zhang X, Jin Y, Yi L, Cui J.(2021). Effect of FOCUS-PDCA procedure on improving self-care ability of patients undergoing colostomy for rectal câncer. Rev Esc Enferm USP. 2021 Jun 23;55:e03729. doi: 10.1590/S1980-220X2020012503729. PMID: 34190882

6. Hibi T, et al.(2016). Quality management of chemotherapy for cancer patients using the PDCA cycle. Jpn J Clin Oncol. 2016;46(6):1–7.

7. Zhou Y, et al.(2021). Effect of PDCA nursing management on quality of life and complications in acute leukemia patients receiving chemotherapy. Int J Nurs Pract. 2021;27(2): e12915.

8.Jin X, et al. Effect of FOCUS-PDCA on self-care ability in rectal cancer patients with colostomy. J Clin Nurs. 2021;30(5–6):1–9.

9.กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี.(2567). รายงานสถิติการให้ยาเคมีบำบัดและอุบัติการณ์ภาวะภูมิไวเกิน ปี พ.ศ. 2564–2567. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี.

10.Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V.(2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity Appraisal and recommendations. Research in Nursing & Health, 30(4), 459-467. https://doi.org/10.1002/nur.20199. (2007).

11. ประทีป จันทรสิงห์.(2549). การมีส่วนร่วมของบุคลากรเพื่อสนับสนุนการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. ขอนแก่นเวชสาร, 30(3). 246-53. 2549.

12. Huang, Y., Huang, Y., Yi, L., Pan, W., & Chen, Y.(2023). A FOCUS PDCA quality improvement model for reducing the distribution defect rate of sterile packages. Scientific Reports, 13(1), 15016. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37700021/.
13. American College of Cardiology.(2013). Introduction to quality improvement and the FOCUS–PDSA model. American College of Cardiology; 2013. p.1-5.
14. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน.(2549). เส้นทางสู่การพยาบาลยอดเยี่ยม. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
15. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล.(2543). เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่2). ดีไซร์.
16. Qadir, H. R., & Chongtham, S.(2022). Brainstorming – An essential tool in nursing. International Journal of Scientific Research, 11(7), 1–4. https://www.researchgate.net/publication/382561182_BRAINSTORMING_-AN_ESSENTIAL_TOOL_IN_NURSING.
17. วิจิตรา นุชอยู่.(2019). งานจัดการความรู้ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2019 [เข้าถึงเมื่อ 26 ม.ค. 2026]. เข้าถึงได้จาก: https://www2.si.mahidol.ac.th/km/knowledgeassets/kmexperience/kmarticle/10008/.
18. สมจิตต์ สินธุชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ.(2017). การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง: การนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2017;18(1):29-38.
19. รัดดาวรรณ วิชาฤทธิ์.(2558). ผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี [การศึกษาค้นคว้าอิสระ]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2558. 123 หน้า.
20. Moreira I, Coelho M, Mota M, Pires R, Santos MR.(2025). Supervision programs implemented by nurses to caregivers in community: a scoping review protocol. Front Public Health. 2025 Mar 25; 13:1473912. doi: 0.3389/fpubh.2025.1473912. PMID: 40201370; PMCID: PMC11975554.
21. Proctor B.(2001). Training for the supervisionalliance attitude, skills and intentionin fundamental themes in clinicalsupervision. London: Routledge.
22. สำนักการพยาบาล, กองการพยาบาล, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2559). คู่มือการปฏิบัติงานกองการพยาบาล: คู่มือปฏิบัติงาน Version 1. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
23. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย.(2566). การจัดการยาที่ต้องระมัดระวังสูง (High-alert Medication Management). นครไทย: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย.

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหาดเล็ก

DEVELOPMENT OF A SELF- AND FAMILY MANAGEMENT PROGRAM TO HEALTH BEHAVIOR CHANGE OF UNCONTROLLED TYPE 2 DIABETES PATIENTS IN BAN HAT LEK SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTION HOSPITAL.

(Received: March 7,2026 ; Revised: March 12,2026 ; Accepted: March 17,2026)

เอมอร ศิริวาร[1] สุวภา เกตุปลั่ง[1] ธิดารัตน์ ธรรมชาติ[1]
Aemon Siriwan[1] Suwapa Ketplang[1] Thidarat Thammachat[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก และเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ควบคุมน้ำตาลไม่ได้) จำนวน 39 คน และครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ควบคุมน้ำตาลไม่ได้) จำนวน 39 คน โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถาม ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติโดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า 1) การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ (1) กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเบาหวานและผลกระทบของการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (2) กิจกรรมที่การประเมินพฤติกรรมและความรู้ความเข้าใจปัจจุบัน (3) กิจกรรมที่ 3 การวางแผนและตั้งเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (4) กิจกรรมที่ 4 การปรับพฤติกรรมด้านอาหารและยา และการออกกำลังกาย (5) กิจกรรมที่ 5 การจัดการความเครียดและสนับสนุนจากครอบครัว (6) กิจกรรมที่ 6 การติดตามผลและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (7) กิจกรรมที่ 7 การใช้เทคนิค Motivational Interviewing เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และ (8) กิจกรรมที่ 8 การวางแผนต่อเนื่องและเสริมสร้างความยั่งยืน 2) ประสิทธิภาพของของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า (1) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (FBG) และระดับน้ำตาลเกาะสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 (2) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 (4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ต่อโปรแกรมฯ อยู่ในระดับมากที่สุด และ (4) ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ต่อโปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การจัดการตนเอง, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, พฤติกรรมสุขภาพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This study was quasi experiment aimed to develop and evaluate the effectiveness of a self- and family management program to health behavior change of uncontrolled type 2 diabetes patients in Ban Hat

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด

Lek Sub-district Health Promotion Hospital. The sample group used in this study consisted of 39 patients with uncontrolled type 2 diabetes and 39 family members of patients with uncontrolled type 2 diabetes. Research instruments included: (1) A knowledge questionnaire about diabetes (2) A health behavior questionnaire (3) A satisfaction questionnaire for patients with type 2 diabetes (4) A satisfaction questionnaire for the family members of patients with type 2 diabetes. Data analysis was performed using statistical software, employing statistical methods including frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test (Dependent).

The research results found that: 1) The development of a self- and family management program to health behavior change of uncontrolled type 2 diabetes patients in Ban Hat Lek Sub-district Health Promotion Hospital consisted of 8 activities: (1) Activity 1: Providing basic knowledge about diabetes and the impact of uncontrolled blood sugar levels; (2) Activity 2: Assessing current behavior and knowledge; (3) Activity 3: Planning and setting goals for behavior change; (4) Activity 4: Modifying behaviors related to diet, medication, and exercise; (5) Activity 5: Stress management and family support; (6) Activity 6: Follow-up and behavior modification; (7) Activity 7: Using Motivational Interviewing techniques to enhance motivation; and (8) Activity 8: Continuous planning and enhancing sustainability. 2) The effectiveness of a self- and family management program to health behavior change of uncontrolled type 2 diabetes patients in Ban Hat Lek Sub-district Health Promotion Hospital after participating in the program was found to be: (1) Fasting blood glucose (FBG) and HbA1c levels of uncontrolled type 2 diabetic patients decreased significantly at the 0.01 level; (2) Knowledge about diabetes and health behaviors of uncontrolled type 2 diabetic patients increased significantly at the 0.01 level; (4) Satisfaction of uncontrolled type 2 diabetic patients with the program was at the highest level; and (5) Satisfaction of the families of uncontrolled type 2 diabetes patients with the program was at the high level.

Keywords; Type 2 diabetes mellitus, Self-management, Family management, Health behavior, Subdistrict Health Promoting Hospital

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย และจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2568 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่า 16–18 ล้านรายต่อปี ขณะที่ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีสัดส่วนค่อนข้างต่ำ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 35 ปีขึ้นไป และยังพบผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[1] การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง จอประสาทตาผิดปกติ โรคเส้นประสาทส่วนปลาย และโรคหลอดเลือดส่วนปลาย โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางไตซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังสูงกว่าผู้ที่ควบคุมได้ถึงประมาณ 2.5 เท่า ส่งผลให้ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตซึ่งใช้งบประมาณสูง โดยประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดมากกว่า 7,000 ล้านบาทต่อปี [2,3,4,5,6] นอกจากนี้ ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อพบว่าร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันในช่วงปี พ.ศ. 2563–2565 ยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ สะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเป็นระบบ[7] การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ

ผู้ป่วยเบาหวานขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม การออกกำลังกาย การใช้ยาตามแผนการรักษา และการจัดการความเครียด ซึ่งล้วนมีผลต่อสมดุลของระดับน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวมิได้ขึ้นกับตัวผู้ป่วยเพียงลำพัง แต่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านความรู้ การกำกับตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นบริบทใกล้ชิดที่มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลโรคเรื้อรัง[8,9,10]

สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหาดเล็ก อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2564–2567 แม้ว่าจะมีผู้ป่วยบางส่วนที่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ได้ตามเกณฑ์ แต่สัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้กลับเพิ่มสูงขึ้น และพบภาวะแทรกซ้อนทางไต เท้า และตาร่วมด้วย สะท้อนถึงข้อจำกัดของแนวทางการดูแลในปัจจุบันที่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความซับซ้อนของโรคและบริบทชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ[11] ซึ่งในปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (Self- and Family Management Framework: SFMF) เป็นกรอบทฤษฎีที่อธิบายกระบวนการจัดการโรคเรื้อรังผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับมือกับอารมณ์ ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว[9] ขณะเดียวกัน การประเมินผลลัพธ์อย่างเป็นระบบสามารถดำเนินการผ่านการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ช่วยวัดผลลัพธ์ของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมและเป็นรูปธรรม[12,13]

ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยประยุกต์ใช้กรอบ SFMF ร่วมกับการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการประเมินผลลัพธ์ที่เป็นระบบ อันจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การลดภาวะแทรกซ้อน และการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในบริบทบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหาดเล็ก
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหาดเล็ก

สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (FBG) ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเกาะสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1c) ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

4. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

วิธีการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหาดเล็ก เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Qusai–experimental research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลองกลุ่มเดียว (Pretest-Posttest Only One Group Design)

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ควบคุมน้ำตาลไม่ได้) จำนวนทั้งสิ้น 39 คน ข้อมูล ณ ปี 2567

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ควบคุมน้ำตาลไม่ได้) จำนวน 39 คน และครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ควบคุมน้ำตาลไม่ได้) จำนวน 39 คน โดยผู้วิจัยเลือกประชากรทุกหน่วยมาเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากประชากรมีขนาดเล็ก ทั้งนี้หากขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีน้อยเกินไปจะทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านสถิติได้ (Gordon & Porter, 2009) ผลการวิจัยจะเกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลสูง

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ควบคุมน้ำตาลไม่ได้) จำนวน 39 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบเจาะปลายนิ้ว มากกว่าหรือเท่ากับ 130 mg/dl และไม่เกิน 180mg/dl ที่ตรวจในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน ก่อนวันที่เก็บข้อมูล 3) มีอายุตั้งแต่ 35 ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 4) สัญชาติไทย 5) สามารถอ่านออกเขียนได้ 6) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคเบาหวาน เช่น ตาบอด ไตวาย หัวใจและหลอดเลือด 2) อ้วนระดับ 3 ค่า BMI >30 3) มีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 180/120mm/Hg 4) ไม่สามารถสื่อสารได้ สารได้ 4) ปฏิเสธหรือขอยุติในระหว่างดำเนินโครงการวิจัย

2. **ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ควบคุมน้ำตาลไม่ได้) จำนวน 39 คน**

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) มีอายุระหว่าง 18-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) สัญชาติไทย 4) สามารถอ่านออกเขียนได้ 5) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) ไม่สามารถสื่อสารได้สารได้ 2) ปฏิเสธหรือขอยุติในระหว่างดำเนินโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบการจัดการตนเองและครอบครัว (Self- and Family Management Framework: SFMF) ตามแนวคิดของ Grey et al.[14] และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcomes Classification: NOC) ของ

Moorhead et al.[15] และ Chae et al.[16] พร้อมทั้งแบบบันทึกเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลและแบบบันทึกการจัดการตนเองโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 16 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก/ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีเรื่องที่ทำให้วิตกกังวลหรือเครียด ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม ยารักษาโรคเบาหวานที่ใช้ปัจจุบัน การใช้ยาอื่น ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (FBG) และระดับน้ำตาลเกาะสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1c)

2. ข้อมูลทั่วไปของตัวแทนครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบคำตอบเดียว (Dichotomous Question) เป็นข้อคำถามเลือกตอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่

4. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ใน 4 ด้าน จำนวนรวม 30 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการควบคุมอาหาร จำนวน 12 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านการรับประทานยา จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 6 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามแนวคิดของ Likert[17]

5. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามแนวคิดของ Likert[17]

6. แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัว จำนวน 8 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามแนวคิดของ Likert[17] และ Best & Kahn[18]

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กำหนดค่าทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

2. ข้อมูลความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

3. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัว และความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัว โดยใช้สถิติพื้นฐานค่าเฉลี่ย (Mean:) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

4. ข้อมูลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก โดยการทดสอบ Paired-Samples T Test และกำหนด

ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด รหัสโครงการวิจัย 14/68 วันที่รับรอง 13 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหาดเล็ก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.10 โดยมีอายุ 66 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.80 น้ำหนักส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50–59 กิโลกรัม ร้อยละ 35.90 น้ำหนักเฉลี่ย 64.40 กิโลกรัม (ต่ำสุด 36.70, สูงสุด 100 กิโลกรัม) ส่วนสูงเฉลี่ย 158.77 เซนติเมตร (ต่ำสุด 140, สูงสุด 180 เซนติเมตร) และร้อยละ 48.70 มีส่วนสูงตั้งแต่ 160 เซนติเมตรขึ้นไป เมื่อพิจารณาดัชนีมวลกาย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 69.20 มีค่า BMI สูงกว่าเกณฑ์ (>23 kg/m²) โดยมีค่าเฉลี่ย 25.55 kg/m² (ต่ำสุด 17.46, สูงสุด 39.06 kg/m²) ด้านลักษณะทางสังคมประชากร ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.10 ประกอบอาชีพรับจ้างและแม่บ้านอย่างละร้อยละ 30.80 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 48.70 และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 59.00 พฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.30 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 71.80 และไม่รายงานความเครียดหรือความวิตกกังวล ร้อยละ 92.30 ด้านประวัติการเจ็บป่วย พบว่าร้อยละ 46.20 ป่วยเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี โรคร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 94.90 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 89.70 ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา หลอดเลือดตีบแข็ง และโรคเก๊าท์ อย่างละร้อยละ 5.10 และโรคไต ร้อยละ 2.60 สำหรับการรักษาในปัจจุบัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาเมทฟอร์มิน ร้อยละ 76.90 และทั้งหมดไม่ใช้ยาอื่นนอกเหนือจากยาที่ได้รับจากคลินิกโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 100.00)

ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (FBG) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 144.46 mg/dL และระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (FBG) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 125.05 mg/dL ซึ่งลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.38 % และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.70 % ซึ่งลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

คะแนนความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.18 และคะแนนความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.44 ซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมากที่สุด คือ การสามารถขอคำปรึกษาและคำแนะนำจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อเกิดปัญหา รองลงมา ได้แก่ การดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามแผนและมีการติดตามผล การสนับสนุนเอกสารและแหล่งข้อมูลทางวิชาการ การประชาสัมพันธ์และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมประเมินผลเพื่อปรับปรุงกิจกรรมในครั้งต่อไป ซึ่งทุกด้านอยู่ในระดับมากด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์เพื่ออำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรม และการได้รับการเสริมสร้างความรู้และประสบการณ์ผ่านการสนับสนุนจากครอบครัวเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ทั้งสองด้านยังคงมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเช่นกัน

ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก โดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มากที่สุด จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 69.20 รองลงมา คือ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 30.80

ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า โปรแกรมช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ การให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับจากโปรแกรม และการเข้าร่วมโปรแกรมนี้ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ทีมงานที่จัดกิจกรรมให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในครอบครัวอย่างเป็นมิตรและเข้าใจง่าย, ข้อมูลและคำแนะนำในโปรแกรมนี้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในครอบครัว, และ ครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับข้อมูลและคำแนะนำที่ครบถ้วนและเพียงพอจากโปรแกรมนี้ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

จากพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหาดเล็ก สามารถอภิปรายดังต่อไปนี้

1. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ 8 กิจกรรม ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและผลกระทบของการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ การประเมิน

พฤติกรรมและความรู้ความเข้าใจของตนเอง การวางแผนและตั้งเป้าหมาย การปรับพฤติกรรมด้านอาหาร ยา และการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการสนับสนุนจากครอบครัว การติดตามประเมินผล การใช้เทคนิค Motivational Interviewing และการวางแผนเพื่อความยั่งยืน ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจโรคอย่างลึกซึ้ง มีความตระหนักรู้ในสถานการณ์สุขภาพของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเอง (self-management capacity) ที่เกิดจากการเสริมสร้างความรู้ การกำกับตนเอง การตั้งเป้าหมายร่วมกัน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ออกกำลังกายต่อเนื่อง สามารถจัดการความเครียดได้ดีขึ้น และส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดและค่าฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ดีขึ้น อันนำไปสู่การลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตรา พูมขุนทด[21] ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นการกำกับตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการอารมณ์ ทั้งนี้กลไกสำคัญคือการเสริมสร้างความตั้งใจ (intention) และความสามารถในการปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับบริบทชีวิตของตนเอง ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา สุขชัยสงค์ และคณะ[22] ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดและค่า HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พร้อมทั้งมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น เพิ่มการออกกำลังกาย มีความร่วมมือในการรับประทานยา และมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) สูงขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของครอบครัวในฐานะแรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยเสริมสร้างความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้จึงยืนยันว่า การบูรณาการองค์ประกอบด้านความรู้ ทักษะการกำกับตนเอง การสนับสนุนทางครอบครัว และเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ เช่น Motivational Interviewing เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างลึกซึ้งและยั่งยืน ทั้งนี้การดำเนินโปรแกรมควรได้รับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลให้มีทักษะในการให้คำปรึกษา การเสริมแรงจูงใจ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในระดับปฐมภูมิ

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก อภิปราย.ในแต่ละประเด็นดังนี้

2.1 ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (FBG) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหาดเล็ก ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ซึ่งเป็นเพราะการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหาดเล็ก มีความครอบคลุม เน้นให้ผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ได้ฝึกฝนการกำกับดูแลตนเอง เช่น การเรียนรู้เกี่ยวกับโรค การบันทึกและติดตามพฤติกรรม การเปรียบเทียบพฤติกรรมกับเป้าหมาย รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนและได้รับกำลังใจจากครอบครัวและบุคลากรด้านสาธารณสุข ซึ่งทั้งหมดนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านการจัดการความเครียดได้อย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยมีการวางแผนเป้าหมายที่ชัดเจน ซึ่งเป็นกลไกสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแนวทางอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (FBG) ลดลง สะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ปรับพฤติกรรมและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของญณัชบัวศรี[23] ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัว มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ดังนั้นพยาบาลประจำคลินิกเบาหวานสามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวไปประยุกต์เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับงานวิจัยของภารดี วรรณพงษ์ และสุทิน ใจรักษ์[24] ที่พบว่า การเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลง และสามารถการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดประสบผลสำเร็จ โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ความรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมถึงการพูดคุยและให้คำแนะนำจากต้นแบบที่มีประสบการณ์ด้านการควบคุมระดับน้ำตาล การตั้งเป้าหมายรายบุคคล และการเสริมแรงผ่านกลุ่มไลน์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น

2.2 ระดับน้ำตาลเกาะสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ซึ่งเป็นเพราะโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก ได้เน้นการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง รวมถึงการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสุขภาพได้ดีขึ้น นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่ให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมถึงการใช้เทคโนโลยี เช่น แอพพลิเคชันไลน์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและติดตามผลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลเกาะสะสมเม็ดเลือดแดง (HbA1c) ลดลง สะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของทรงกรฎ ศฤงคาร, มยุรี นิรัตธราดร และปรีย์กมล รัชนกุล[25] ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ลดลง แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวมีกระทำร่วมกันในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และสอดคล้องกับงานวิจัยของมยุรี ปะวันนา[26] ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concepts) ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานให้ความสำคัญกับการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลให้สามารถดำรงชีวิตที่ปรับเปลี่ยนได้ภายใต้การควบคุมตนเอง (Self-regulation) ส่งผลให้ค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลง โดยมีบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทในการกระตุ้นและ

เสริมแรงให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ของผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมองเห็นคุณค่าในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติ ทำให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตมากขึ้น แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมฯ มีประโยชน์ต่อการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ในสถานบริการปฐมภูมิ

2.3 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ซึ่งเป็นเพราะโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก ที่ได้นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ที่มีหน้าที่สำคัญในการในการวางแผนและดำเนินกิจกรรม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และคนในชุมชน ซึ่งสร้างความร่วมมือกันในการให้ความรู้และข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเองอย่างครบถ้วนและเข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การประรับทานยาอย่างถูกต้อง รวมทั้งการดูแลสุขภาพจิตและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชนและบุคลากรด้านสาธารณสุขก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นในเรื่องที่ต้องปฏิบัติและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ซึ่งเป็นผลดีต่อการดูแลสุขภาพในระยะยาวของผู้ป่วย สะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกนกวรรณ ด้วงกลัด, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา และณัฐกมล ชาญสาธิตพร[27] ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และความตระหนักรู้ในโรคเบาหวาน เพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งฤดี แสงคำ[28] ที่พบว่า หลังเข้าร่วมหลังจากการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับความรู้และเข้าใจในเรื่องของโรคและแนวทางการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และสามารถปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นด้วยเช่นกัน แสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้และสร้างเจตคติที่ดีเป็นขั้นตอนสำคัญ และผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาวเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

2.4 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ซึ่งเป็นเพราะกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหาดเล็ก ที่ประกอบด้วยการบรรยาย การสาธิต การแจกเอกสารคำแนะนำ การสนทนาแบบกลุ่ม และการให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว โดยเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของโรค ผลกระทบของระดับน้ำตาลในเลือดต่อร่างกาย วิธีการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างเหมาะสม การจัดการความเครียด รวมถึงการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดเป็นประจำ การให้ความรู้เหล่านี้ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ป่วยต่อการดูแลตนเอง ซึ่งโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้

เน้นกิจกรรมการให้ความรู้ที่เข้าใจง่ายและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทำให้เกิดความตั้งใจและความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น สะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนันทิยา ไทยภักดี และอรอนงค์ เจ็กภู่[29] ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลเน้นการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การพัฒนาทักษะ การสร้างแรงจูงใจ การฝึกตัดสินใจ และการวางแผนดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการดูแลตนเองและการปฏิบัติตามคำแนะนำในการควบคุมน้ำตาลในเลือด และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Smith, Lee, & Kumar[30] ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและฝึกทักษะในการจัดการตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นการสนับสนุนด้านการศึกษาและการฝึกปฏิบัติสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานให้ดีขึ้น

2.5 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งเป็นเพราะความมุ่งมั่นและความตั้งใจของเจ้าหน้าที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก เจ้าหน้าที่ได้แสดงให้เห็นถึงความใส่ใจและความรับผิดชอบในการให้คำแนะนำ การฝึกอบรม และการสนับสนุนผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและได้รับความเชื่อมั่นในกระบวนการปรับพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ได้ใช้วิธีการสื่อสารที่เป็นมิตรและเข้าใจง่าย รวมทั้งมีการติดตามผลและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและเป็นกันเอง สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยสร้างความพึงพอใจและความเชื่อมั่นในโปรแกรมฯ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นในระยะยาว สะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee, Kim, & Park[31] ที่พบว่า การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย รวมถึงการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องและเข้าใจง่าย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและเป็นกันเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Johnson & Smith[32] ที่พบว่า การสนับสนุนด้านจิตใจและการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรมการจัดการตนของผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจของผู้ป่วยในระยะยาว ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวกและยั่งยืน

2.6 ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ต่อโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นเพราะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และครอบครัวได้รับความรู้ และข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างมากจากการเข้าร่วมในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก ซึ่งช่วยให้เข้าใจถึงลักษณะของโรคเบาหวาน การดูแลและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครอบครัว รวมถึงวิธีการสนับสนุน

และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น การได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นประโยชน์นี้ ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและมีความหวังในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น อีกทั้งยังทำให้ตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและสร้างความสุขร่วมกันในครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวมีความตั้งใจในการสนับสนุนและดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ในระยะยาว สะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Zhang, Wang, & Liu[33] ที่พบว่า ครอบครัวที่ได้รับความรู้และคำแนะนำในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย จะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนในทิศทางที่ดีและสร้างความร่วมมือกันอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การควบคุมโรคเบาหวานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ดีขึ้นและสามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ตามเป้าหมายได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kim & Park[34] ที่พบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวาน สามารถเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและวิธีการดูแลที่ถูกต้อง ส่งผลให้ครอบครัวมีความรู้ที่เพียงพอและสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหาดเล็ก หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดตราด ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ไปปรับใช้และพัฒนาต่อยอดในระดับจังหวัด เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นกิจกรรมที่กระตุ้นความรู้ การวางแผนร่วมกัน การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ รวมถึงการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและความเข้าใจในโรคอย่างยั่งยืน

2. ควรส่งเสริมและสนับสนุนการฝึกอบรมแก่บุคลากรด้านสาธารณสุข เช่น พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้มีความเชี่ยวชาญในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม การให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว และการใช้เทคนิค Motivational Interviewing เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรนำเทคโนโลยีและช่องทางสื่อสารดิจิทัล เช่น แอพพลิเคชันไลน์ หรือแพลตฟอร์มออนไลน์ มาใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ติดตามผล และให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดกับเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และครอบครัว เพื่อเพิ่มความสะดวกและความต่อเนื่องในการดูแล

4. ควรสนับสนุนให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้รับความรู้และคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิผลในระยะยาว

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างต่อเนื่องหลังการดำเนินกิจกรรม โดยใช้ระยะเวลานานกว่าการศึกษาปัจจุบัน เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาว รวมทั้งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. ควรนำรูปแบบครอบครัวบำบัดด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไป

ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการวิจัยในผู้ป่วยอื่น ๆ ว่ามีผลลดอาการซึมเศร้าได้หรือไม่

3. ควรศึกษาองค์ประกอบที่มีผลต่อความสำเร็จของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ปัจจัยด้านจิตใจ สภาพแวดล้อมชุมชน และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาแนวทางการปรับปรุงและเสริมสร้างประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ในอนาคต

4. ควรนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ ๆ มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การใช้แอปพลิเคชันฝึกฝน การให้คำปรึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ เพื่อเพิ่มความสะดวกและความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC).(2569). สถานการณ์โรคเบาหวานของประเทศไทย ปี 2565–2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
2. American Diabetes Association.(2019). Standards of medical care in diabetes—2019. Diabetes Care. 2019;42(Suppl1): S1–S193.
3. นุชรี อาบสุวรรณ, นิตยา พันธุเวทย์.(2558). ภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2558;33(2):45–58.
4. จรูญ บุญธกานนท์.(2566). สถานการณ์โรคไตเรื้อรังและภาระค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพไทย. วารสารโรคไต. 2566;29(1):1–10.
5. วรรวิษา สำราญเนตร, และคณะ.(2564). ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์จากการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย. วารสารสาธารณสุข. 2564;51(3):321–330.
6. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.
7. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2565). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
8. Anekwe TD, Rahkovsky I.(2018). Self-management: A comprehensive approach to management of chronic conditions. Am J Public Health. 2018;108(2):230–235.
9. Grey M, Knafl K, McCorkle R.(2015). A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. Nurs Outlook. 2015;63(5):514–524.
10. Ryan P, Sawin KJ.(2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives. Nurs Outlook. 2009;57(4):217–225.
11. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก.(2567). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน ปี 2564–2567. ตราด: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเล็ก.
12. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E.(2018). Nursing Outcomes Classification (NOC). 6th ed. St. Louis: Elsevier.
13. Chae S, Kim Y, Lee J.(2023). Application of nursing outcomes classification in chronic disease management. Int J Nurs Pract. 2023;29(1):e13045.
14. Grey M, Knafl K, McCorkle R.(2015). A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. Nurs Outlook. 2015;63(3):279-288.
15. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E.(2018). Nursing Outcomes Classification (NOC). 6th ed. St. Louis: Elsevier.
16. Chae SM, Kim HJ, Lee JY.(2023). Application of nursing outcomes classification in chronic disease management. Int J Nurs Knowl. 2023;34(1):45-52.

17. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;140:1-55.18. Best JW, Kahn JV. Research in education. 9th ed. Boston: Allyn and Bacon; 2003.
19. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. Psychometrika. 1937;2:151-160.
20. Cronbach LJ. Essentials of psychological testing. 5th ed. New York: Harper & Row; 1990.
21. วิจิตรา พูมขุนทด. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2566;41(3):45-58.
22. นิตยา สุขชัยสงค์, ปาหนัน พิชยภิญโญ, สุนีย์ ละกำปั่น. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2565;16(2):78-92.
23. ญณัช บัวศรี. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2561;36(2):45-58.
24. ภารดี วรรณพงษ์, สุทิน ใจรักษ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2566;17(1):66-79.
25. ทรงกรฎ ศฤงคาร, มยุรี นิรัตธราดร, ปรีย์กมล รัชนกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อค่า HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยสุขภาพ. 2565;16(3):112-125.
26. มยุรี ปะวันนา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการกำกับตนเองและค่า HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2567;21(1):89-102.
27. กนกวรรณ ด้วงกลัด, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความรู้เรื่องโรคเบาหวาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2567;31(4):123-135.
28. รุ่งฤดี แสงคำ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสุขภาพชุมชน. 2568;12(1):55-68.
29. นันทิยา ไทยภักดี, อรอนงค์ เจ็กภู่. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลคลินิก. 2568;14(2):77-90.
30. Smith J, Lee M, Kumar R. Effects of diabetes self-management education on health behaviors and glycemic control. J Diabetes Res. 2020;2020:1-8.
31. Lee H, Kim J, Park S. Patient-provider relationship and satisfaction in diabetes self-management programs. Int J Nurs Stud. 2020;108:103611.
32. Johnson A, Smith R. Psychological support and long-term adherence in diabetes self-management. Diabetes Educ. 2021;47(3):215-223.
33. Zhang Y, Wang L, Liu H. Family support and glycemic control among patients with type 2 diabetes. BMC Public Health. 2021;21:1234.
34. Kim S, Park H. Family education and preventive health behaviors in diabetes care. J Clin Nurs. 2022;31(5-6):712-720.

การปนเปื้อนไมโครพลาสติกในถุงชาที่วางจำหน่ายในประเทศไทย

The Contaminants of Microplastics in Infusion Tea Bags Sold in Thailand.

(Received: February 12,2026 ; Revised: February 16,2026 ; Accepted: February 23,2026)

นิตยา รัตนประภากร[1] มาศ ไม้ประเสริฐ[1]
Nittaya Rattanaprapakorn[1] Mart Maiprasert[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการปนเปื้อนไมโครพลาสติกในถุงชาสำเร็จรูปก่อนและหลังการชงดื่มที่วางจำหน่ายในประเทศไทยเพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้บริโภคใช้ในการเลือกซื้อถุงชาสำเร็จรูปในอนาคตและช่วยยก ระดับบรรจุภัณฑ์ ของถุงชาสำเร็จรูปในประเทศไทยให้มีความปลอดภัยจากไมโครพลาสติก (MPs) มากยิ่งขึ้น การวิจัยนี้เป็นการวิจัยในห้องปฏิบัติการซึ่งเก็บตัวอย่างถุงชาสำเร็จรูปที่จัดจำหน่ายในร้านค้ากรุงเทพมหานครและช่องทางออนไลน์จากความสำคัญของส่วนแบ่งการตลาดชาในประเทศไทยอันประกอบด้วยถุงชาจากบริษัทไทย 5 แบรนด์ และจากต่างประเทศ 4 แบรนด์ รวมทั้งหมดเป็น 13 ตัวอย่าง โดยใช้เครื่อง Fourier Transform Infrared Spectroscopy (FTIR) ในการวิเคราะห์หาชนิดของ MPs และใช้เครื่อง Scanning Electron Microscopy (SEM) ในการหาปริมาณและขนาดของ MPs จากการแช่ถุงชา ณ อุณหภูมิห้องและหลังชงด้วยน้ำร้อน 95 °C เป็นเวลา 5 นาทีเท่ากัน

ผลการศึกษาด้วยเครื่อง FTIR ตรวจพบไมโครพลาสติกปนเปื้อนในถุงชาวางจำหน่ายในประเทศ ไทยเป็นจำนวน 5 ตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 38.5% ของตัวอย่างทั้งหมดและตัวอย่างที่เจอ MPs มักเป็นถุงชาแบบรูปทรงปิรามิด จากการวิเคราะห์ด้วย เครื่อง SEM พบว่าจำนวน MPs เฉลี่ยต่อถุงชาอยู่ที่ 1.27 ล้านชิ้น/ถุงชา ที่อุณหภูมิห้องและเพิ่มขึ้นถึง +113% เป็น 2.72 ล้านชิ้น/ถุงชา หลังแช่น้ำร้อน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการสัมผัสน้ำร้อนมีผลต่ออัตราเร่งปลดปล่อย MPs ออกมาจากวัสดุถุงชาอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการคำนวณหาจำนวนไมโครพลาสติกต่อพื้นที่ถุงชาเพิ่มเติมเพื่อให้การเปรียบเทียบ MPs ระหว่างถุงชาที่มีขนาดแตกต่างกันมีหน่วยวัดเดียวมาตรฐานเดียวกันมากขึ้น ซึ่งพบว่ามีจำนวน MPs ต่อตารางเซนติเมตรของถุงชาถึง 21,778 ชิ้น/cm² ณ อุณหภูมิห้องและเพิ่มขึ้น +123% เป็น 48,552 ชิ้น/cm² หลังแช่ด้วยน้ำร้อน ขนาดเฉลี่ยของไมโครพลาสติกจากการศึกษาพบว่าอยู่ที่ 8.5 +/- 2.31 µm ณ อุณหภูมิห้อง และมีขนาดเล็กลง -13% เป็น 7.4 +/- 1.36 µm หลังแช่ด้วยน้ำร้อน โดยสัดส่วน MPs ส่วนใหญ่จะกระจายตัว เป็นอนุภาคขนาดเล็กในช่วง 1–10 µm ถึงร้อยละ 76%–80% ของวัสดุถุงชาที่มีการปนเปื้อนไมโครพลาสติก

คำสำคัญ: ไมโครพลาสติก; ถุงชา; การชงชา; การปนเปื้อน; สุขภาพ

Abstract

The objective of this research is to investigate microplastic contamination in commercial tea bags available in Thailand, both before and after brewing. The findings aim to provide consumers with data for future purchasing decisions and to help elevate the safety standards of tea bag packaging in Thailand regarding microplastic (MP) levels. The research was conducted as a laboratory-based investigation. Samples of tea bags were collected from retail stores in Bangkok and online channels based on the market share of tea products in Thailand. Thirteen tea bag samples were selected, comprising five brands manufactured in Thailand and four imported brands. Fourier Transform Infrared Spectroscopy (FTIR) was employed to analyze the types of MPs present in the tea bags. Scanning Electron Microscopy (SEM) was used to quantify the number and measure the size of microplastic released from tea bags when immersed at room temperature and after brewing with 95°C hot water for 5 minutes.

Results from FTIR analysis detected microplastic contamination in five tea bag samples, corresponding to 38.5% of the total samples. Microplastic contamination was predominantly found in pyramid-shaped tea

[1] สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

bags. SEM analysis revealed that the average number of MPs per tea bag was 1.27 million particles at room temperature, which increased by +113% to 2.72 million particles per tea bag after immersion in hot water, indicating that exposure to hot water significantly accelerated the release of microplastic from the tea bag material. Furthermore, the researcher calculated the number of microplastics per unit area of each tea bag to provide a more consistent standard unit of measurement for comparing microplastics (MPs) between tea bags of different sizes. They found that the number of MPs per square centimeter of each tea bag was 21,778 pieces/cm² at room temperature and increased by +123% to 48,552 pieces/cm² after steeping in hot water.

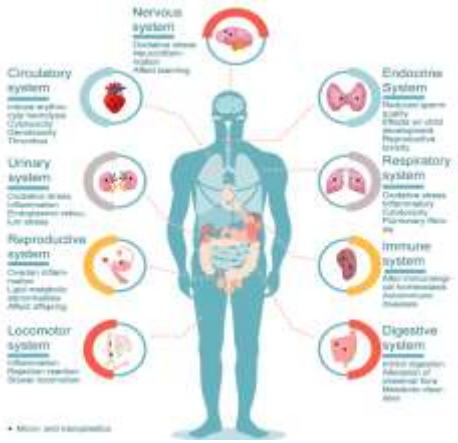
Keywords: Microplastics; Tea bags; Tea infusion; Contamination; Health

บทนำ

ไมโครพลาสติกเป็นอนุภาคพลาสติกที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางระหว่าง 1 ไมโครเมตรถึง 5 มิลลิเมตร [1] ปัจจุบันกลายเป็นประเด็นสำคัญด้าน สุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ได้รับความสนใจทั่วโลก นับตั้งแต่ทศวรรษ 1950 มีการผลิตพลาสติกมาก กว่า 8.3 พันล้านตันโดยมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็น พลาสติกใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง (Single-use plastics) ซึ่งมีอายุการใช้งานที่สั้นและทำให้เกิดการใช้พลาสติกมากเกินความจำเป็น[2] ประเทศไทยจัดอยู่ อันดับ 6 ของโลกที่ก่อให้เกิดมลพิษไมโครพลาสติก[3]

องค์การกองทุนสัตว์ป่าโลกสากล (WWF) ร่วมกับมหาวิทยาลัยนิวคาสเซิลรายงานว่ามนุษย์อาจบริโภคไมโครพลาสติก ประมาณ 5 กรัมต่อสัปดาห์[4] งานวิจัยของ Hernandez และคณะ[5] ที่มหาวิทยาลัย McGillประเทศแคนาดา ในปี ค.ศ. 2019 ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ เมื่อพบว่าถุงชาสามารถปลดปล่อยไมโครพลาสติกได้ถึง 11.6 พันล้านชิ้น และนาโนพลาสติกถึง 3.1 พันล้านชิ้น ในการชงชาเพียงถ้วยเดียว การค้นพบนี้นำไปสู่การศึกษาทำการวิจัยในผลิตภัณฑ์แบบเดียวกันนี้ก็ไปอีกหลายภูมิภาคอย่างต่อเนื่อง เช่น รัสเซีย ยุโรป และ เอเชีย เป็นต้น

ในทวีปยุโรปงานวิจัยของ Banaei และคณะ[6] ที่มหาวิทยาลัย Barcelona ประเทศสเปน ในปี ค.ศ. 2024 พบว่าถุงชา Polypropylene ปลดปล่อยอนุภาคพลาสติกมากถึง 1,200 ล้านชิ้นต่อมิลลิลิตร และที่สำคัญอนุภาคเหล่านี้สามารถเข้าจับกับนิวเคลียสของเซลล์เยื่อบุลำไส้เล็กได้ งานวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าไมโครพลาสติกและนาโนพลาสติกที่มีขนาดเล็กสามารถเข้าถึงอวัยวะสำคัญได้ถึง 9 ระบบ[7] รวมทั้งระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบสืบพันธุ์ ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน โดยระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจทำหน้าที่เป็นจุดเข้าของไมโครพลาสติกที่สำคัญ



ภาพที่ 1 แสดงความเสี่ยงต่อสุขภาพจากไมโครพลาสติกและนาโนพลาสติกต่อ 9 ระบบในร่างกายมนุษย์ [7]

ในปี ค.ศ 2025 Muneera Al-Mansoori และคณะ[8] จากมหาวิทยาลัยเบอร์มิงแฮมในสหราชอาณาจักร ได้ทำการทดสอบหาไมโครพลาสติกเครื่องดื่มในเครื่องดื่มร้อนและเย็นที่จำหน่ายในประเทศอังกฤษ โดยทำการวิเคราะห์เครื่องดื่มจาก 31 แบรนด์ เป็นจำนวน 155 ตัวอย่าง (จำนวนตัวอย่าง กาแฟร้อน 45, กาแฟเย็น 10, ชาร้อน 30, ชาเย็น 10, น้ำผลไม้ 20, เครื่องดื่มชูกำลัง 25, น้ำอัดลม 15) เพื่อหาภาพรวมของปริมาณไมโครพลาสติกที่โดยเฉลี่ยจากเครื่องดื่มแต่ละชนิด การวิเคราะห์ดำเนินการใช้เครื่อง FTIR, Optical Microscopy, และ SEM โดยเครื่องดื่มเย็นจะถูกกรองและตรวจทันทีส่วนเครื่องดื่มร้อนจะถูกปล่อยให้เย็นลงเป็นเวลา 30 นาทีก่อนการกรองและตรวจวิเคราะห์ จากผลการทดลองพบว่าเครื่องดื่มร้อนมีความเข้มข้นของไมโครพลาสติกสูงสุด โดยชาร้อนมีอนุภาคไมโครพลาสติกประมาณ 60 ชิ้น/ลิตร เทียบกับ 31 ชิ้น/ลิตร ในชาเย็น ซึ่งจะเห็นได้ชัดว่าชาร้อนปล่อยอนุภาคไมโครพลาสติกเป็น 2 เท่าของชาเย็น โดยขนาดไมโครพลาสติกที่ตรวจพบในชาร้อนมีขนาดเฉลี่ย 50.7 ± 41.5 ไมโครเมตร

ในเอเชียมีการศึกษาแค่บางประเทศ เช่น จีน อินเดีย เกาหลีใต้ และ บังคลาเทศ โดยในประเทศจีน Yue และคณะ[9] ได้มีการทดสอบการปล่อยไมโครพลาสติกจากถุงชาเขียว 3 ชนิดได้แก่ Polypropylene (PP) Polyethylene terephthalate (PET) และ Nylon-6 มาเป็นตัวอย่างทดสอบโดยแต่ละชนิดทำการทดลองซ้ำ 3 ครั้ง ในการจำลองชงชาจากการแช่ในน้ำร้อน 80 °C เป็นเวลา 5 นาที ผลการทดลองสรุปได้ว่าปริมาณพลาสติกขนาด Micron-sized (> 2.7 μm) ที่ปล่อยออกมาจากถุงชาในน้ำชามีจำนวน 80 - 1288 ชิ้น/ถุงชา ส่วนปริมาณพลาสติกขนาด Submicron-sized (< 2.7 μm) มีจำนวนสูงสุด 63.755 ไมโครกรัม/ถุงชา โดยนักวิจัยชุดนี้ได้ทำการทดลองต่อและพบว่าหากใช้วิธีการล้างถุงชาล่วงหน้า (Pre-wash) จำนวน 3 ครั้งด้วยน้ำสะอาดที่อุณหภูมิห้องจะสามารถลดสารตกค้างของไมโครพลาสติกในถุงชาได้อย่างมาก โดยสามารถกำจัดพลาสติก Micron-sized ได้ถึง 76%–94% และพลาสติก Submicron-sized 80%–87% ส่วนในประเทศอินเดีย Vijay และคณะ[10] ใช้ตัวอย่างถุงชาจำนวน 11 ตัวอย่างจากหลายยี่ห้อมาทดสอบ แต่นักวิจัยทีมนี้ได้ทำการทดสอบตัวอย่างถุงชาแบบมีใบชาอยู่ภายในถุงชาด้วยในการชงชาด้วยน้ำร้อน โดยคณะวิจัยพบมีไมโครพลาสติกขนาดเฉลี่ยตั้งแต่ 7 ถึง 19 ไมโครเมตร(μm) แม้ในตัวอย่างน้ำปริมาตรเพียง 2 ไมโครลิตร ก็สามารถตรวจพบไมโครพลาสติกได้ถึง 4,000–12,000 ชิ้นต่อตารางมิลลิเมตร (particles/mm²) โดยไมโครพลาสติกที่เจอมักมีส่วนผสมของ Polyethylene (PE), Polypropylene (PP), Polyvinyl Chloride (PVC), Nylon, รวมทั้งวัสดุพลาสติกอื่นๆ เช่น เส้นใย(Fiber) เศษแตกหักต่างๆ(Fragment) รวมทั้งแผ่นฟิล์ม (Film)

ประเทศไทยถึงแม้จัดอยู่อันดับ 8 ที่ค้าชาใหญ่ที่สุดในโลก ด้วยมูลค่า 6.4 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปีค.ศ.2025[11] อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาปัญหาไมโครพลาสติกในถุงชาอย่างจริงจังในประเทศไทย จึงเป็นที่มาทำให้ผู้วิจัยสนใจในการทำวิจัย การปนเปื้อนไมโครพลาสติกในถุงชาที่วางจำหน่ายในประเทศไทย เป็นประเทศแรกในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Southeast Asia)

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ สำรวจชนิดการปนเปื้อนไมโครพลาสติกในถุงชายี่ห้อชั้นนำที่วางจำ หน่ายในประเทศไทย และเปรียบเทียบปริมาณและขนาดไมโครพลาสติกก่อนและหลังชงด้วยน้ำร้อน เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้บริโภคใช้ในการตัดสินใจเลือกซื้ออย่างปลอดภัย และช่วยยกระดับบรรจุภัณฑ์ถุงชาในประเทศไทยให้ปลอดภัยจากไมโครพลาสติกในการบริโภคมากยิ่งขึ้นในอนาคต

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยทาง ห้องปฏิบัติการ โดยคัดเลือกตัวอย่างถุงชา 13 ตัวอย่างจาก 9 แบรนด์ 13 ตัวอย่าง โดยตัวอย่างถูกเก็บรวบรวมจากร้านค้าในกรุงเทพมหานครและช่องทางออนไลน์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่างถุงชา 13 ตัวอย่าง คัดเลือกมาจากแบรนด์ที่ได้รับความนิยมมียอดขายสูงในประเทศไทย โดยมีส่วนแบ่งการตลาดสูงในประเทศไทยตามข้อมูลของสถาบัน Euromonitor ประกอบด้วยแบรนด์ไทย 5 แบรนด์ และแบรนด์นำเข้าจากต่างประเทศ 4 แบรนด์ เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างถุงชาในแต่ละแบรนด์จะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น (Nonprobability Sampling) คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการตรวจหาชนิดวัสดุของถุงชาโดยใช้เครื่อง Fourier Transform Infrared Spectroscopy (FTIR) ที่ศูนย์เครื่องมือวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่วนในการตรวจหาจำนวนและขนาดไมโครพลาสติกใช้เครื่อง Scanning Electron Microscopy (SEM) ที่ห้องปฏิบัติการศูนย์เครื่องมือ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ชนิดวัสดุถุงชาดำเนินการด้วยเครื่อง Fourier Transform Infrared pectroscopy (FTIR) โดยนำตัวอย่างถุงชาที่ตัดเอาใบชาและเชือกออกแล้วไปวิเคราะห์เพื่อระบุชนิดโพลิเมอร์ที่ตาข่ายถุงชา ส่วนการวิเคราะห์ปริมาณและขนาดไมโครพลาสติกใช้เครื่อง Scanning Electron Microscopy (SEM) ซึ่งขั้นตอนการเตรียมตัวอย่างประกอบด้วย ตัดถุงชาเอาใบชาและเชือกออกแล้วกำจัดเศษฝุ่นในน้ำกลั่น (DI Water) ที่อุณหภูมิห้อง 1 นาที หลังจากนั้นแช่ในน้ำกลั่น 100 มิลลิลิตรที่อุณหภูมิห้องเป็นเวลา 5 นาที ใช้ไมโครปิเปตต์ดูดตัวอย่างน้ำที่ผ่านการแช่ 100 ไมโครลิตรหยดลงบนกระจกสไลด์แล้วรอจนแห้ง ทำการเคลือบทองด้วยเครื่อง Sputter Coater 3 นาที จึงถ่ายภาพด้วย SEM ที่กำลังขยาย 200 และ 1,000 เท่า ตามลำดับ ในการวิเคราะห์เพื่อนับจำนวนและวัดขนาดอนุภาคของไมโครพลาสติกจะจัดการด้วยโปรแกรม ImageJ[12] ส่วนการทดลองจำลองการชงชาในน้ำร้อน จะทำตามขั้นตอนเหมือนกับการทดลองแช่ถุงชาในน้ำกลั่นที่อุณหภูมิห้องทุกประการ แต่เปลี่ยนน้ำที่แช่ถุงชาเป็นน้ำกลั่นที่มีความร้อน 95 องศาเซลเซียสแทน โดยระยะเวลาแช่ถุงชาเป็นเวลา 5 นาทีที่เท่ากัน และมีการพักน้ำที่ผ่านการแช่ถุงชาไว้ให้เย็นลงเป็นเวลา 30 นาทีก่อนที่จะเก็บตัวอย่างน้ำจากการแช่ถุงชาในน้ำร้อนลงบนกระจกสไลด์



ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนในการทดสอบหาไมโครพลาสติกของถุงชาในห้องปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อแสดงถึงชนิดไมโครพลาสติกที่พบในถุงชาแต่ละตัวอย่างจากเครื่อง FTIR จากนั้นใช้สถิติเชิงปริมาณเพื่ออธิบายถึงจำนวนการปนเปื้อนของไมโครพลาสติกในถุงชาของแต่ละตัวอย่างโดยรายงานผลเป็นรูปแบบตารางแสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ถึงปริมาณจำนวนไมโครพลาสติกต่อหนึ่งถุงชาที่วัดได้จากเครื่อง SEM รวมทั้งค่าเฉลี่ยของไมโครพลาสติกต่อพื้นที่ถุงชาเป็นหน่วยตารางเซ็นติเมตร (cm^2) พร้อมทั้งคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ขนาดของไมโครพลาสติก

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน**มนุษย์** มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ (DPUHREC) ตามเลขที่โครงการ DPUHREC 0511/2568 เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2568

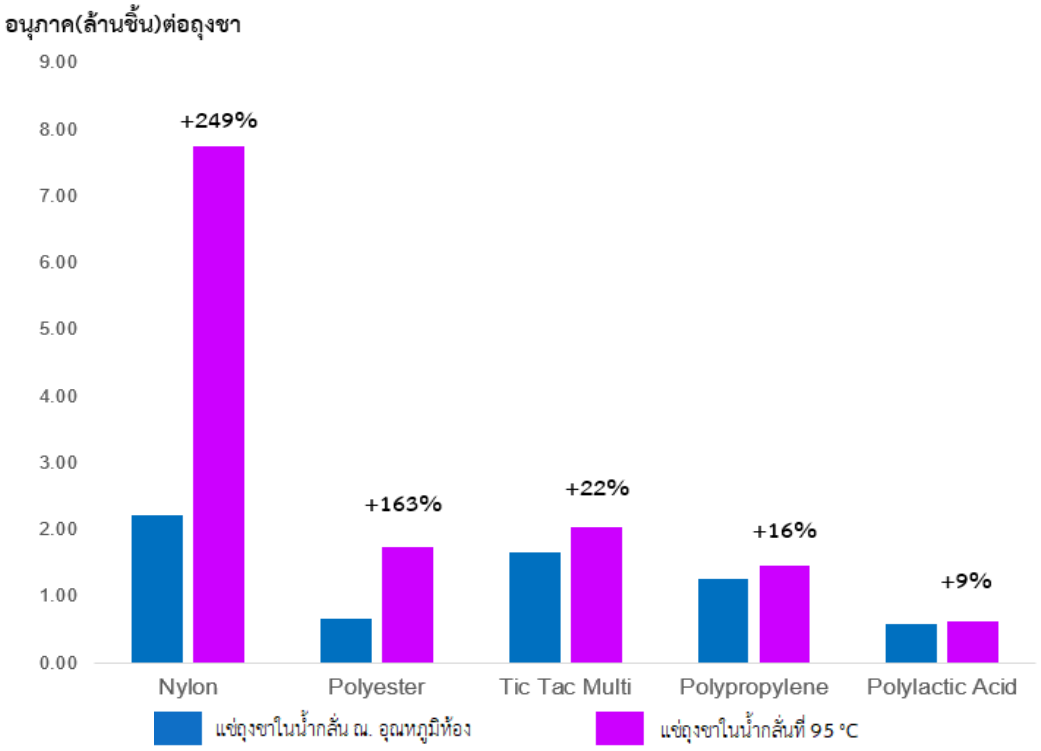
ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ชนิดวัสดุถุงชาด้วย FTIR จากการวิเคราะห์ตัวอย่างถุงชาทั้งหมด 13 ตัวอย่าง พบวัสดุตาข่ายถุงชามีส่วนผสมโพลิเมอร์สังเคราะห์จากพลาสติกจำนวน 5 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 38.5 โดยเป็นถุงชาจากแบรนด์ไทย 2 ตัวอย่าง ที่พบส่วนผสมตาข่ายถุงชาทำจาก Tic Tac Multi (cotton 68%, polyester 30%, olefin 2%) และ polypropylene ส่วนถุงชาจากแบรนด์นำเข้าต่างประเทศพบมีส่วนผสมโพลิเมอร์สังเคราะห์จากพลาสติก 3 ตัวอย่าง ที่พบส่วนผสมของตาข่ายถุงชาทำจาก Fortrel/Polyester Fiber, Polylactic Acid (PLA) และ Lurelon/Nylon Fiber โดยวัสดุถุงชาที่มีส่วนผสมโพลิเมอร์สังเคราะห์จากพลาสติกส่วนใหญ่เป็นถุงชารูปทรงปิรามิด

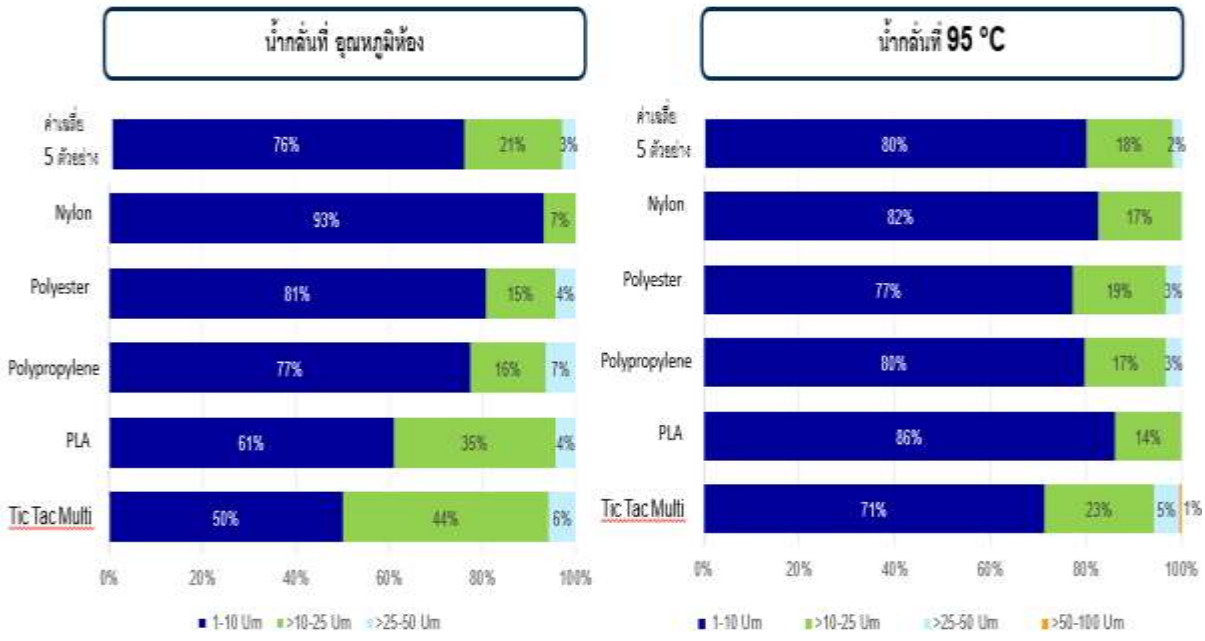
ผลการวิเคราะห์จำนวนไมโครพลาสติกด้วย SEM จากถุงชา 5 ตัวอย่างที่วัสดุตาข่ายทำจากโพลิเมอร์สังเคราะห์จากพลาสติกพบจำนวนไมโครพลาสติกเฉลี่ย 1.27 ล้านชิ้นต่อถุงชา หลังแช่น้ำกลั่นที่อุณหภูมิห้องและเพิ่มขึ้นร้อยละ 113 เป็น 2.72 ล้านชิ้นต่อถุงชา หลังชงด้วยน้ำร้อน 95 องศาเซลเซียส โดยถุงชา Nylon มีจำนวน ไมโครพลาสติกปลดปล่อยออกมาสูงสุด 2.22 ล้านชิ้นต่อถุงชาที่อุณหภูมิห้อง และเพิ่มขึ้นร้อยละ 249 เป็น 7.75 ล้านชิ้นต่อถุงชา หลังชงด้วยน้ำร้อน ในขณะที่ถุงชาที่ทำจาก PLA มีจำนวนไมโครพลาสติกที่ปลดปล่อยออกมาต่ำสุด 0.58 ล้านชิ้นต่อถุงชา และเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 9 เป็น 0.63 ล้านชิ้นต่อถุงชา หลังชงด้วยน้ำร้อน 95 องศาเซลเซียสในเวลาที่เท่ากัน เมื่อคำนวณจำนวนไมโครพลาสติกต่อพื้นที่ถุงชาพบค่าเฉลี่ยไมโครพลาสติก 21,778 ชิ้นต่อตารางเซนติเมตร ที่อุณหภูมิห้องและเพิ่มขึ้นร้อยละ 123 เป็น 48,552 ชิ้นต่อตารางเซนติเมตร หลังชงด้วยน้ำร้อน โดยถุงชา Nylon มีความหนาแน่นของจำนวนไมโครพลาสติกสูงสุดที่ 41,868 ชิ้นต่อตารางเซนติเมตรของพื้นที่ถุงชาที่อุณหภูมิห้อง และเพิ่มขึ้นถึง 146,267 ชิ้นต่อตารางเซนติเมตรของพื้นที่ถุงชาหลังชงด้วยน้ำร้อน 95 องศาเซลเซียส

ผลการวิเคราะห์ขนาดและการกระจายตัวของไมโครพลาสติกด้วย SEM ขนาดเฉลี่ยของไมโครพลาสติกจาก 5 ตัวอย่างอยู่ที่ 8.5±2.31 ไมโครเมตร ที่น้ำกลั่น ณ. อุณหภูมิห้อง และลดลงขนาดลงร้อยละ 13 เป็น 7.4±1.36 ไมโครเมตร หลังชงด้วยน้ำร้อน 95 องศาเซลเซียส

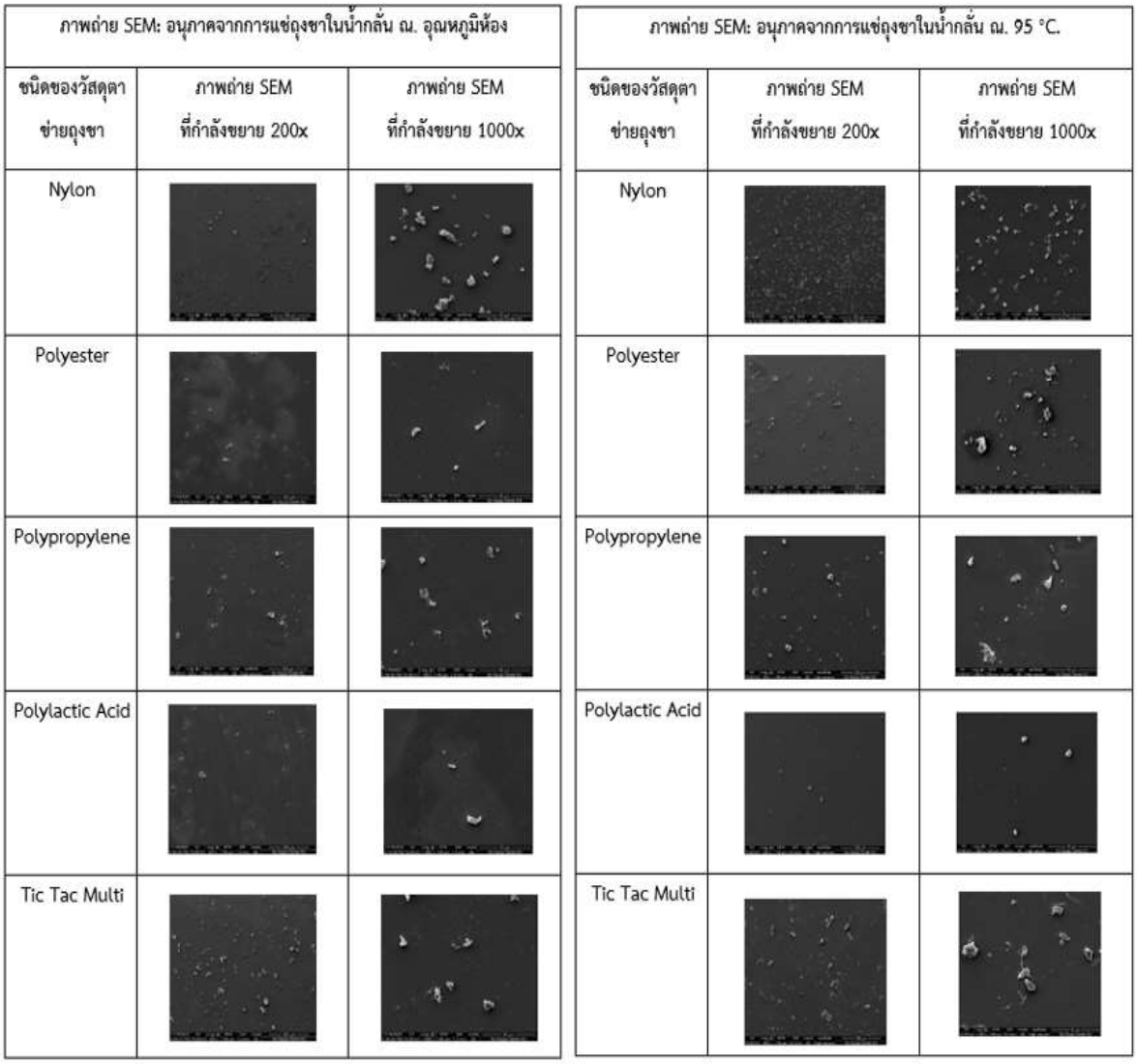
จากผลการทดลองนี้แสดงให้เห็นว่าอุณหภูมิในน้ำร้อนทำให้ไมโครพลาสติกแตกตัวเป็นขนาดเล็กลงได้ ส่วนการกระจายตัวของขนาดไมโครพลาสติกในการแช่ถุงชาพบว่าเป็นขนาดอนุภาคเล็กอยู่ในช่วงขนาด 1-10 ไมโครเมตรเป็นส่วนใหญ่ โดยคิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 76-80 ที่ปลดปล่อยออกมาจากถุงชาหลังการแช่ด้วยน้ำกลั่นที่อุณหภูมิห้องและแช่ในน้ำกลั่นที่ 95 องศาเซลเซียส



ภาพที่ 3 กราฟแสดงจำนวนของไมโครพลาสติกต่อหนึ่งถุงชาในตัวอย่างที่มีการปนเปื้อนไมโครพลาสติก (เรียงจาก% เปลี่ยนแปลงจากมากไปน้อยหลังแช่ด้วยน้ำร้อนที่ 95 °C เป็นเวลา 5 นาที)



ภาพที่ 4 แสดงสัดส่วนการกระจายตัวของไมโครพลาสติกในตัวอย่างถุงชาที่มีการปนเปื้อนไมโครพลาสติก



ภาพที่ 5 ภาพถ่ายอนุภาคไมโครพลาสติกจากการแช่ถุงชาในน้ำกลั่น (DI water) ด้วยเครื่อง SEM ที่กำลังขยาย 200x และ 1000x โดยใช้ค่า High Voltage 15 kV

ตารางที่ 1 สรุปผลการวิเคราะห์ตัวอย่างถุงชาที่มีการปนเปื้อนไมโครพลาสติกที่วางจำหน่ายในประเทศไทย

ชนิดวัสดุถุงชา	รูปทรงถุงชา	จำนวนไมโครพลาสติก (ล้านชิ้น/ถุงชา)			จำนวนไมโครพลาสติก (ชิ้น/ซม²)			ขนาดเฉลี่ยไมโครพลาสติก (µm/ถุงชา)			สัดส่วนไมโครพลาสติกขนาด 1–10 µm (%)
		อุณหภูมิห้อง	95°C	% Change	อุณหภูมิห้อง	95°C	% Change	อุณหภูมิห้อง	95°C	% Change	95°C
Lurelon, Nylon fiber	ปิรามิด	2.22	7.75	249	41.87	146.27	249	5.3	6.9	30	82
Fortrel, Polyester fiber	ปิรามิด	0.66	1.74	163	12.04	31.63	163	7.6	8.2	7	77
Tic Tac Multi	สี่เหลี่ยม	1.66	2.03	22	27.67	33.78	22	11.5	9.1	–21	80
Polypropylene	ปิรามิด	1.26	1.46	16	19.05	22.10	16	8.3	7.2	–13	86

ชนิดวัสดุถุงชา	รูปทรงถุงชา	จำนวนไมโครพลาสติก (ล้านชิ้น/ถุงชา)			จำนวนไมโครพลาสติก (ชิ้น/ซม²)			ขนาดเฉลี่ยไมโครพลาสติก (µm/ถุงชา)			สัดส่วนไมโครพลาสติกขนาด 1–10 µm (%) 95°C
		อุณหภูมิห้อง	95°C	% Change	อุณหภูมิห้อง	95°C	% Change	อุณหภูมิห้อง	95°C	% Change	
Polylactic Acid (PLA)	ปิรามิด	0.58	0.63	9	8.27	8.98	9	9.6	5.5	–43	71
ค่าเฉลี่ยของถุงชาที่มีการปนเปื้อนไมโครพลาสติก		**1.27**	**2.72**	**113**	**21.78**	**48.55**	**123**	**8.5 ± 2.31**	**7.4 ± 1.36**	**–13**	**80**

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัยนี้พบการปนเปื้อนไมโครพลาสติกในถุงชาร้อยละ 38.5 ของตัวอย่างทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เป็นถุงชารูปทรงปิรามิด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kornilov และคณะ[13] ในประเทศรัสเซียที่รายงานว่าถุงชาทรงปิรามิดมีการปลดปล่อยอนุภาคพลาสติกมากกว่าถุงชารูปแบบอื่น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากถุงชาทรงปิรามิดมักผลิตจากโพลิเมอร์สังเคราะห์ที่มีคุณสมบัติทนทานต่อความร้อนและสามารถสกัดกลิ่นรสของชาได้ดี จึงเป็นที่นิยมในกลุ่มถุงชาพรีเมียม อย่างไรก็ตาม คุณสมบัติดังกล่าวอาจเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการปลดปล่อยอนุภาคพลาสติกเมื่อสัมผัสกับน้ำร้อนในการชงชาได้

จำนวนไมโครพลาสติกเฉลี่ย 2.72 ล้านชิ้นต่อถุงชา หรือ มีจำนวนไมโรพลาสติกเฉลี่ย 48,552 ชิ้นต่อตารางเซนติเมตรของถุงชาหลังชงด้วยน้ำร้อน 95 องศาเซลเซียส จากการศึกษาในประเทศไทยในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาจากต่างประเทศซึ่งยืนยันการมีอยู่จริงของการปลดปล่อยไมโครพลาสติกจากถุงชาสำเร็จรูป อย่างไรก็ตามความแตกต่างของจำนวนไมโครพลาสติกและขนาดไมโครพลาสติกที่รายงานในแต่ละการศึกษามีความแปรผันตามชนิดวัสดุของถุงชาที่วางจำหน่ายในแต่ละประเทศ วิธีการเตรียมตัวอย่าง วิธีการวิเคราะห์ รวมถึงชนิดของเครื่องมือและขีดจำกัดที่ใช้ในการตรวจวัดของเครื่องมือที่นักวิจัยใช้ในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ต่อจำนวนและขนาดของไมโครพลาสติกที่แตกต่างกัน ผลการศึกษายังพบว่าถุงชาที่มีการสัมผัสกับน้ำในอุณหภูมิที่สูงขึ้นส่งผลต่อการปลดปล่อยไมโครพลาสติกเพิ่มขึ้นได้ สอดคล้องกับงานของ Al-Mansoori และคณะ[8] ที่รายงานว่าเครื่องดื่มร้อนมีการปลดปล่อยไมโครพลาสติกสูงกว่าเครื่องดื่มเย็น นอกจากนี้ยังพบว่าขนาดเฉลี่ยของไมโครพลาสติกมีขนาดเล็กลงหลังการชงด้วยน้ำร้อน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความร้อนอาจทำให้โพลิเมอร์ตาข่ายถุงชาที่ทำจากพลาสติกเกิดการแตกตัวเป็นอนุภาคขนาดเล็กลง และอาจส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเข้าสู่อวัยวะของร่างกายมากยิ่งขึ้น

ขนาดไมโครพลาสติกที่พบในการศึกษานี้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1–10 ไมโครเมตร ซึ่งเป็นขนาดที่สามารถแทรกซึมเข้าสู่อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้ ตามรายงานของ Lamoree และคณะ[14] โดยไมโครพลาสติกในช่วงขนาดดังกล่าวสามารถกระจายเข้าสู่กระแสเลือด ปอด ตับ ไต ลำไส้ และอวัยวะสืบพันธุ์ได้ ถึงแม้ว่าองค์การอนามัยโลก (WHO) และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย) ยังไม่ได้รับรองผลการศึกษาของไมโครพลาสติกที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ แต่จากการศึกษาในไม่กี่ปีที่ผ่านมานี้แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของไมโครพลาสติกและนาโนพลาสติก (MNPs) ที่มีขนาดเล็กมากสามารถเข้าสู่อวัยวะมนุษย์ได้ในถึงระดับเซลล์และไปรบกวนกลไกการทำงานของเซลล์โดยผ่านกลไกทางชีวภาพที่เชื่อมโยงซึ่งกันจึงนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพพลานามัยมากมาย ในอนาคตจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาถึงผลกระทบระยะยาวที่เป็นรูปธรรมอันเป็นที่มีการยอมรับมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริโภค

(1) ควรเลือกถุงชาที่ทำจากวัสดุธรรมชาติ เช่น Fibers, Cellulose, Paper, Recycled Paper มากกว่าถุงชาที่มีวัสดุที่มีส่วนผสมส่วนผสมของโพลิเมอร์สังเคราะห์จากพลาสติก

(2) ถุงชารูปทรงปิรามิดมักมีทำจากวัสดุที่มีส่วนผสมของโพลิเมอร์สังเคราะห์จากพลาสติก เพราะมีคุณลักษณะเด่นในการสกัดกลิ่นรสดี จึงมักใช้ในถุงชาเกรดพรีเมียม (Premium) ดังนั้นก่อนซื้อควรอ่านฉลากเสมอว่าถุงชาทำจากส่วนผสมของโพลิเมอร์สังเคราะห์จากพลาสติกหรือไม่และควรหลีกเลี่ยงวัสดุเหล่านี้

(3) ควรล้างถุงชา (Pre-wash) ก่อนชงดื่มทุกครั้งซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของการสัมผัสไมโครพลาสติกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (จากการทดลองของ Yue และคณะ[15] หากใช้วิธีการล้างถุงชาล่วงหน้า 3 ครั้งด้วยน้ำสะอาดที่อุณหภูมิห้องจะสามารถกำจัด MPs ระดับ Micron-sized ได้ถึง 76%–94% และพลาสติก Submicron-sized 80%–87%)

(4) เปลี่ยนรูปแบบการบริโภคเป็นการดื่มชาแบบใบชาและชงจากกาแทนวัสดุถุงชาตาข่ายแบบดั้งเดิมก็จะเป็นทางเลือกที่ดีกว่าในการเลี่ยงการปนเปื้อนพลาสติกจากถุงชาสำเร็จรูป

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ผลิตและผู้จำหน่าย

(1) ผู้ผลิตควรใช้วัสดุถุงชาจากวัสดุธรรมชาติในการผลิตตาข่ายถุงชาแทนวัสดุที่มีส่วนผสมโพลิเมอร์สังเคราะห์หรือวัสดุพลาสติกปิโตรเคมี

(2) หากจำเป็นต้องใช้วัสดุถุงชาถุงชาจากโพลิเมอร์สังเคราะห์ Polylactic Acid (PLA) เป็นตัวตัวเลือกที่ดีกว่าวัสดุอื่นเนื่องจากมีการปลดปล่อยไมโครพลาสติกต่ำสุดและเพิ่มขึ้นเพียง 9% หลังชงด้วยน้ำร้อน อีกทั้ง PLA เป็นพลาสติกชีวภาพที่ผลิตจากแหล่งวัตถุดิบหมุนเวียน มีคุณสมบัติย่อยสลายทางชีวภาพได้และส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมน้อยกว่าพลาสติกปิโตรเคมีชนิดอื่น แต่จะดีกว่าหากผู้ประกอบการใช้วัสดุถุงชาจากธรรมชาติ

(3) ผู้ผลิตถุงชาสังเคราะห์ควรใช้เครื่องจักรที่ทันสมัยในการตัด การขึ้นรูป รวมทั้งการประกอบถุงชาในโรงงาน เพื่อลดการแตกหักเพิ่มของไมโครพลาสติกในกระบวนการผลิต รวมทั้งมีกระบวนการควบคุมคุณภาพในโรงงานผลิตที่ลดมลภาวะของการปนเปื้อนไมโครพลาสติกกับถุงชาที่กำลังผลิตโดยไม่ตั้งใจ

(4) ผู้จัดจำหน่ายควรมีการเก็บรักษาสินค้าและขนส่งภายในอุณหภูมิที่เหมาะสม ลดการสัมผัสรังสีอัลตราไวโอเลต(UV) และความชื้นที่ผันแปรอันจะทำให้วัสดุถุงชาสังเคราะห์เกิดการแตกหักเปลี่ยนแปลงได้

ข้อเสนอแนะสำหรับภาครัฐของไทย

(1) ควรมีมาตรการลดภาษีเงินได้นิติบุคคลกับบริษัทที่ลดปริมาณพลาสติกในผลิตภัณฑ์และบรรจุภัณฑ์ เพื่อจูงใจให้บริษัทไทยหันมาใช้วัสดุจากธรรมชาติมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถลดจำนวนการใช้พลาสติกในประเทศไทยได้อย่างเป็นรูปธรรมในระยะยาว

(2) ควรมีการฝึกอบรมและให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการเกี่ยวกับการทำธุรกิจแบบยั่งยืน (Sustainability) ให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐในการลดขยะพลาสติกตามแผนงาน (Roadmap) ของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดจากจำนวนตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อยและการใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) รวมถึงการวิจัยนี้มิได้ครอบคลุมถึงการตรวจหาการปนเปื้อนระดับนาโนพลาสติกในถุงชา หากมีการใช้เทคนิคขั้นสูงเพิ่มเติม เช่น Pyrolysis-Gas Chromatography /Mass Spectrometry (Py-GC/MS) และ Nanoparticle Tracking Analysis (NTA) เพื่อศึกษาระดับนาโนเมตรเพิ่มเติมในอนาคตก็จะช่วยขยายผลลัพธ์ในการวิจัยให้ครอบคลุมครบถ้วนทั้งไมโครพลาสติกและนาโนพลาสติกไปพร้อมกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ. นพ. มาศ ไม้ประเสริฐ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ และ ผศ. ดร.บุศรินทร์ จงเจริญยานนท์ คณะอุตสาหกรรมเกษตร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่ให้คำแนะนำด้านการวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ

เอกสารอ้างอิง

1.U.S. Environmental Protection Agency.(2025). Microplastics research [Internet]. Washington (DC): U.S. Environmental Protection Agency; 2025 [cited 2025 Jan 10]. Available from: https://www.epa.gov/water-research/microplastics-research

2.สุจิตรา วาสนาดำรงดี.(2019). ภาพรวมมาตรการลดขยะพลาสติกแบบใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้งในต่างประเทศ. Thai Environ. 2019;23(2):Article 9. Available from: https://digital.car.chula.ac.th/cuej/vol23/iss2/9

3.Suyamud B, Pan X, Yu Y, Yuan W, Liu Y, Yang Y.(2024). First-of-its-kind: nationwide meta-analysis of microplastic pollution and risk assessment in Thailand. Chemosphere. 2024;364:143041. doi:10.1016/j.chemosphere.2024.143041

4.World Wide Fund for Nature, Dalberg Advisors.(2019). No plastic in nature: assessing plastic ingestion from nature to people. Gland (Switzerland): World Wide Fund for Nature; 2019.

5.Hernandez LM, Xu E, Tufenkji N.(2019). Plastic teabags release billions of microparticles and nanoparticles into tea. Environ Sci Technol. 2019;53(21):12300–12310. doi:10.1021/acs.est.9b02540

6.Banaei G, Abass D, Tavakolpournegari A, Martín-Pérez J, Gutiérrez J, Peng G, et al.(2024). Teabag-derived micro/nanoplastics (true-to-life MNPLs) as a surrogate for real-life exposure scenarios. Chemosphere. 2024;368:143736. doi:10.1016/j.chemosphere.2024.143736

7.Feng Y, Tu C, Li R, Wu D, Yang J, Xia Y, et al.(2023). A systematic review of the impacts of exposure to micro- and nano-plastics on human tissue accumulation and health. Eco-Environ Health. 2023;2(4):195–207. doi:10.1016/j.eehl.2023.08.002

8.Al-Mansoori M, Harrad S, Abdallah MA-E.(2025). Synthetic microplastics in hot and cold beverages from the UK market. Sci Total Environ. 2025;996:180188. doi:10.1016/j.scitotenv.2024.180188

9.Yue Z, Liu X, Mei T, Zhang Y, Pi F, Dai H, et al.(2024). Reducing microplastics in tea infusions released from filter bags by pre-washing method: quantitative evidence based on Raman imaging and Py-GC/MS. Food Chem. 2024;445:138740. doi:10.1016/j.foodchem.2024.138740

10.Vijay A, Mohandas JL, Dutta-Gupta S, John R.(2024). Label-free detection and characterization of secondary microplastics from tea bags. Opt Eng. 2024;63(1):013101. doi:10.1117/1.OE.63.1.013101

11.Statista.(2025). Revenue of the tea market worldwide by country in 2025 (in billion U.S. dollars) [Internet]. Hamburg: Statista; 2025 Jun 30 [cited 2025 Jan 10]. Available from: https://www.statista.com/forecasts/758656/revenue-of-the-tea-market-worldwide-by-country

12.Schroeder AB, Dobson ETA, Rueden CT, Tomancak P, Jug F, Eliceiri KW.(2020). The ImageJ ecosystem: open-source software for image visualization, processing, and analysis. Protein Sci. 2020;30(1):234–249. doi:10.1002/pro.3993

13.Kornilov KN, Roeva NN.(2021). Determination of the microplastic particle release by tea bags during brewing. Health Food Biotechnol. 2021;3(3):Article 6.

14.Lamoree MH, van Boxel J, Nardella F, et al.(2025). Health impacts of microplastic and nanoplastic exposure. Nat Med. 2025;31:2873–2887. doi:10.1038/s41591-025-03089-4

ประสิทธิผลของการใช้ไก่ดำสเปรย์ร่วมกับการให้ความรู้ต่ออาการปวดเข่าของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

The effectiveness of using *Justica gengarussa* Burm spray combined with education on knee pain in elderly osteoarthritis patients.

(Received: March 7,2026 ; Revised: March 12,2026 ; Accepted: March 17,2026)

บุญนำพา สมบัติ[1] วันรัฐ ตั้งกิจวานิชย์[2] วันเพ็ญ บินตะคุ[3]
Boonnampa Sombat[1] Wanrattha Tangkitwanitch[2] Wanpen Bintaku[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบและปกปิดสองด้าน (double-blinded, randomized control trial) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้ไก่ดำสเปรย์ร่วมกับการให้ความรู้ต่ออาการปวดเข่าของผู้สูงอายุที่มารับบริการ งานแพทย์แผนไทย ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า - คัดออก (Inclusion – Exclusion criteria) จำนวน 62 ราย สุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ไก่ดำสเปรย์ร่วมกับการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว จำนวน 31 ราย และกลุ่มควบคุม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้สเปรย์หลอกร่วมกับการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว จำนวน 31 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความปวด และแบบประเมิน Modified WOMAC Scale ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด และความสามารถในการทำกิจกรรมระหว่างก่อนและหลังการใช้สเปรย์ร่วมกับการให้ความรู้ โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 69.68 (S.D. 6.18) มีอายุมากที่สุด 84 ปี และอายุน้อยที่สุด 60 ปี กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 70.03 (S.D. 5.83) มีอายุมากที่สุด 81 ปี และอายุน้อยที่สุด 60 มีประสบการณ์การรักษาอาการปวดเข่า มีประสบการณ์การรักษาด้วยแพทย์แผนไทยทั้งสองกลุ่ม ระยะเวลาการเจ็บป่วย ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เจ็บป่วยในระยะเวลา 1-2 ปี ความถี่ของอาการปวดมากที่สุด คือ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ในด้านอาการที่แสดงที่พบมากที่สุดคือ อาการกดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว อาการข้อเข่าฝืดตึงหลังตื่นนอนตอนเช้า ข้ออุ่นและใหญ่ผิดรูปพบน้อยสุดทั้งสอง ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองมีค่าคะแนนความปวดแตกต่างกัน 5.58 (S.D. .80), 2.67 (S.D. .74) ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองค่าคะแนนความปวดไม่แตกต่าง 5.67 (S.D. .65), 5.06 (S.D. .51) แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) การเปรียบเทียบคะแนนตามแบบประเมิน Modified WOMAC Scale ประกอบด้วย 1) ระดับความปวดขณะทำกิจกรรม 2) ระดับอาการข้อฝืด และ3) ระดับความสามารถในการใช้งานข้อ เมื่อนำค่าเฉลี่ยทั้ง 3 ด้านมาเปรียบเทียบกัน ก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ($P.268$, $P.769$, $P.142$) ส่วนหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$)

คำสำคัญ: กระดูกไก่ดำ, ข้อเข่าเสื่อม, ผู้สูงอายุ, WOMAC

Abstract

This study was a quasi-experimental, double-blinded, randomized controlled trial aimed at evaluating the effectiveness of *Justicia gendarussa* Burm spray, with educational support about knee pain in elderly patients with osteoarthritis who were receiving traditional Thai medicine services at Public Health Center 1, Nong Khai Municipality. The sample comprised 62 elderly individuals who met the established inclusion and

[1] แพทย์แผนไทยชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหนองคาย
[2] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองหนองคาย

exclusion criteria, randomly assigned to two groups: an experimental group of 31 participants who received the *Justicia gendarussa* Burm spray along with self-care education, and a control group of 31 individuals who received a placebo spray combined with the same educational component. Data collection involved a personal information questionnaire, a pain assessment scale, and the Thai version of the Modified WOMAC Scale. Descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, were analyze general and health-related data. Differences in mean pain scores and functional abilities were assessed, with comparisons made between the two groups using an independent t-test at a significance level of 0.05.

The results indicated that the majority of participants in both groups were female. The experimental group had a mean age of 69.68 years (S.D. = 6.18), whereas the control group had a mean age of 70.03 years (S.D. = 5.83). All participants reported experiencing knee pain and had previously received treatment through traditional Thai medicine, Most participants in both groups had been ill for 1-2 years, and the highest frequency of pain occurred 1-2 times per week. The symptoms was showed especially knee pain symptoms, crepitus sound during movement ,morning stiffness, warmth in the knee, tenderness, or deformity of both groups. A significant reduction in pain scores was observed in the experimental group post-intervention, decreasing from 5.58 (S.D. = 0.80) to 2.67 (S.D. = 0.74). In contrast, the control group showed no significant change, with scores shifting from 5.67 (S.D. = 0.65) to 5.06 (S.D. = 0.51). Statistical analysis revealed a significant difference in pain scores between the two groups after the intervention ($P < .05$). While no significant differences were noted in WOMAC domain scores prior to the intervention, significant differences emerged post-intervention ($P < 0.05$).

Keywords: *Justica gengarussa* Burm, Osteoarthritis, Older adults, WOMAC

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Knee Osteoarthritis) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ความสูงอายุทำให้เกิดการเสื่อมของเนื้อเยื่อรอบข้อและการแคบของช่องระหว่างข้อเข่า เนื่องจากการสูญเสียกระดูกอ่อนของข้อเข่า[1] เป็นโรคที่มีการทำลายกระดูกออนผิวข่อ (articular cartilage) ซึ่งเกิดขึ้นอย่างช้าๆ อย่างต่อเนื่อง โดยพบการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี ชีวกลศาสตร และโครงสร้างของกระดูกออนผิวข่อ รวมทั้งมีการงอกของกระดูกบริเวณกระดูกใตผิวขอ และน้ำไขขอที่มีปริมาณลดลง นอกจากนั้น พบว่าบริเวณชองว่างระหว่างข้อแคบลง ทำใหเกิดการเสียดสีของกระดูกสงผลใหผู้ที่เป็นโรคข่อเสื่อมมีอาการปวดเรื้อรัง ขอฝืดขัด และมีเสียงดังในข่อ ซึ่งเป็นอาการสำคัญในผู้ที่มีโรคข้อเสื่อม โดยเฉพาะอาการปวดเรื้อรังเป็นปญหาที่ส่งผลทำใหผู้สูงอายุมีขอจำกัดในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง โรคข่อเขาเสื่อม เป็นสาเหตุที่ทำใหเกิดความพิการสูงเป็นอันดับ 4 เป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน่มเพิ่มมากขึ้น[1,2,3,4] ในป ค.ศ. 2019 พบอัตราความชุกของโรคขอเขาเสื่อม ประมาณ 242 ล้านคนองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยโรค กระดูกและข้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 400 ล้านคน ในปี พ.ศ.2551 เป็น 570 ล้านคนในปี พ.ศ.2563 โดยพบผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากร ผู้สูงอายุทั่วโลก ในประเทศไทยพบว่ามีผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.8 และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว[2,5] ซึ่งโรคกระดูกและข้อ เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในวัยสูงอายุ จากสถิติผู้ป่วย โรคกระดูกและข้อในคนไทย พ.ศ.2564 พบว่ามีผู้ป่วย โรคนี้มากกว่า 6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.5 ของประชากรทั้งหมด โดยข้อเสื่อมมากที่สุดคือข้อเข่า ในประเทศไทยพบว่าโรคกระดูก และข้อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2560 – 2565 มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม ทั้งกรณีผ่าตัด 1 ข้าง และ 2 ข้าง รวม จำนวน 8,090 - 10,864 ครั้ง เฉลี่ยผู้ป่วยรับบริการ 9,735 ครั้งต่อปี[6]

ปัจจุบันเทศบาลเมืองหนองคายได้รับการรับรองและได้รับรางวัลให้เป็นเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age – Friendly communities) ในปี 2565 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 11,264 คน คิดเป็นร้อยละ 24.76 (ข้อมูลจากงานทะเบียนราษฎร์ เทศบาลเมืองหนองคาย ณ วันที่ 10 กันยายน 2567) ซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยแบ่งสภาวะสุขภาพด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า 1) กลุ่มติดสังคม (ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้) จำนวน 10,952 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.23 2) กลุ่มติดบ้าน (ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง) จำนวน 241 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.14 3) กลุ่มติดเตียง (ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือ ทุพพลภาพ) จำนวน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.63 รวมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นจำนวน 312 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.77 จากข้อมูลดังกล่าว พบผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่าในการดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 6,152 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.62 ในปี 2567 งานแพทย์แผนไทย ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคาย มีผู้มารับบริการทั้งหมด จำนวน 1,867 ราย ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม จำนวน 956 ราย และมีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการปวดเข่า จำนวน 724 ราย จากสถานการณ์และปัญหาสุขภาพด้านข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุดังกล่าว ในทางเดียวกันการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย ดังนั้น การรักษาจึงเป็นการรักษาที่ไม่ได้มุ่งหวังโดยตรงที่จะให้หายจากโรค แต่เป็นการรักษาแบบประคับประครองการดูแลความไม่สุขสบาย และให้เกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุด ดังนั้นศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาเป็นกระบวนการในการดูแลรักษาผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานแพทย์แผนไทย ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย มีการจัดให้มีบริการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพมาตรฐาน และมีการพัฒนายาตำรับยาสมุนไพรเภสัชตำรับของหน่วยบริการ จากภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านที่ผ่านกระบวนการใช้ในการดูแลสุขภาพมาอย่างยาวนาน ในรูปแบบของยาหมักกระดูกไก่ดำกับเหล้าขาว แล้วนำมาพอกเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อได้อย่างมีประสิทธิผล ซึ่งกระดูกไก่ดำ หรือ เฉียงพร้า มีชื่อวิทยาศาสตร์ *Justica gengarussa* Burm. ชื่อวงศ์ ACANTHACEAE มีสรรพคุณ แก้ปวด (analgesic activity), ลดอาการอักเสบ (anti-inflammatory activity) ลดการอักเสบของข้อ (anti-arthritic) เนื่องด้วยมีสารสำคัญคือ vitexin และ apigenin ในกลุ่ม flavonoids สารทั้งสองชนิดนี้ ออกฤทธิ์ผ่านกลไกเดียวกันกับยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่ สเตียรอยด์ (NSAIDs)[7]

งานแพทย์แผนไทย ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคาย จึงพัฒนาตำรับไก่ดำสเปรย์จากองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้าน โดยการนำสมุนไพรเดี่ยวมาการหมักด้วยเอทิลแอลกอฮอล์ 95% แล้วนำมาผสมกับสมุนไพรอื่นตามองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน แล้วนำเข้าสู่ระบบบริการในการให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 และได้รับการขึ้นทะเบียนรับรองเภสัชตำรับ กำหนดรหัสยา 24 หลัก กลุ่มยาแผนไทยประเภทที่ 3 (เภสัชตำรับของหน่วยบริการ) จากสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2568 จากการใช้กับผู้ป่วยที่ผ่านมา มีรายงานผลการใช้ในด้านลดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุที่มารับบริการได้เป็นอย่างดี แต่ยังไม่มีการศึกษาผลในด้านลดปวด ลดการอักเสบอย่างเป็นรูปธรรม จึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลการใช้ไก่ดำสเปรย์สูตรตำรับศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคายต่ออาการปวดเข่าในผู้สูงอายุ ที่เข้ารับบริการงานแพทย์แผนไทย ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคาย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปสู่

การพัฒนาทางวิชาการและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ไก่ดำสเปรย์ร่วมกับการให้ความรู้ต่ออาการปวดเข่าของผู้สูงอายุ งานแพทย์แผนไทย ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคาย โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความปวดเข่าของผู้สูงอายุเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการใช้ไก่ดำสเปรย์

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการใช้ไก่ดำสเปรย์

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสุ่มเปรียบเทียบแบบ ปกปิดสองด้าน (double-blinded, randomized control trial) เปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้ไก่ดำสเปรย์ร่วมกับการให้ความรู้ต่ออาการปวดเข่าของผู้สูงอายุที่มารับบริการ งานแพทย์แผนไทย ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคาย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกกลุ่มทดลอง ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ไก่ดำสเปรย์ร่วมกับการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว จำนวน 30 ราย กลุ่มควบคุม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้สเปรย์หลอกร่วมกับการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว จำนวน 30 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ทั้งชาย – หญิง ที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ ที่งานแพทย์แผนไทย ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคาย จำนวน 6,152 คน ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2568 – 31 ธันวาคม 2568

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เลือกจากจำนวนประชากรทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก ใช้เกณฑ์การคัดเข้า - คัดออก (Inclusion – Exclusion criteria) และกำหนดจำนวนตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีการจับสลากเข้ากลุ่ม คือ

ตัวอักษร A หมายถึง กลุ่มทดลอง ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ไก่ดำสเปรย์ร่วมกับการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว จำนวน 30 ราย

ตัวอักษร B หมายถึง กลุ่มควบคุม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้สเปรย์หลอกร่วมกับการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว จำนวน 30 ราย

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มีภาวะเข่าเสื่อมและมีอาการปวดเข่าระยะเวลามากกว่า 3 เดือน 2) มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ ระยะที่ 1 คือ ข้อเข่าเสื่อมระยะเริ่มต้น ถึงระยะที่ 3 คือ ข้อเข่าเสื่อมปานกลาง 3) ไม่ได้ใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำทุกวัน 4) มีสติสัมปชัญญะดี 5) มีระดับคะแนนความปวดเข่า ≥5 ใน 10 คะแนน

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) 1) มีภาวะไข้/ อ่อนเพลีย 2) มีสัญญาณชีพ (Vital Sign) ที่ผิดปกติ 3) มีผิวหนังที่แพ้สารเคมี แพ่สมุนไพร ความร้อน และความชื้น 4) เป็นโรคเก๊าต์ หรือรูมาตอยด์ 5) ป่วยเป็นโรคผิวหนังหรือมีแผลที่ยังไม่หายสนิทบริเวณเข่า 6) ได้รับการรักษาโรคเกี่ยวกับเข่าด้วยวิธีการรักษาแบบอื่นอยู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วยข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัวหรือความผิดปกติ

ของร่างกายมาแต่กำเนิด ยาที่ใช้ประจำ การแพ้สมุนไพร ข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับอาการปวดเข่า ประกอบด้วยข้อคำถาม ได้แก่ และประวัติการปวดเข่า ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ความถี่ในการปวด อาการปวด ประวัติการได้รับการรักษาอาการปวดเข่า

2. แบบประเมินความปวด

แบบประเมินความปวด (Numerical Rating Scale; NRS) เป็นการใช้ตัวเลขมาช่วยบอกระดับความรุนแรงของอาการปวด ใช้ตัวเลขตั้งแต่ 0-10 เกณฑ์การให้คะแนน 0-10 คะแนน การแปลผลคือ 0 เท่ากับไม่ปวด 10 คือ ปวดมากที่สุด

3. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม Modified WOMAC Scale

ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน คือ 1) ระดับความปวดขณะทำกิจกรรม มี 5 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-10 คะแนน การแปลผล คือ 0 เท่ากับไม่ปวด จนถึง 10 คือ ปวดมากที่สุด 2) ระดับอาการข้อฝืด มี 2 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-10 คะแนน การแปลผล คือ 0 เท่ากับไม่ฝืดเลย ถึง 10 ฝืดมากที่สุด 3) ระดับความสามารถในการใช้งานข้อ มี 15 ข้อ แต่ละข้อมี คะแนน 0-10 คะแนน จากทำได้ดีถึงเป็นปัญหามากที่สุด การแปลผลค่าคะแนนมากความสามารถในการใช้งานของข้อไม่ดีเป็นปัญหามาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือต่างๆ ในการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง มีตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาค่า IOC ของผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และแพทย์แผนไทยประยุกต์ 1 ท่าน โดยเครื่องมือแบบสอบถามในการศึกษาในครั้งนี้ มีค่า IOC เท่ากับ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ (Pre-Research Phase

1.1 ผู้วิจัยทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย แนวทางการวิจัย และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการศึกษา และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และกรอกใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

2.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างจับฉลากเข้ากลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างจะไม่รู้ว่าตัวเองอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม แล้วสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อความให้ฟังทีละข้อ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาตอบจนครบ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีการจับสลากเข้ากลุ่ม คือ ตัวอักษร A หมายถึง กลุ่มทดลอง ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ไก่ดำสเปรย์ร่วมกับการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว จำนวน 30 ราย ตัวอักษร B หมายถึง กลุ่มควบคุม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้สเปรย์หลอกร่วมกับการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว จำนวน 30 ราย

2.3 พยาบาลเป็นผู้ประเมินผลก่อนการรักษา ด้วยแบบประเมินความปวด Numeric rating score: NRS และความสามารถในการทำกิจกรรม ใช้แบบประเมิน Modified WOMAC Scale โดยผู้ประเมินจะไม่รู้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประเมิน เป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

2.4 ผู้วิจัยทำการศึกษา ผู้วิจัยจะเป็นผู้สอนวิธีการใช้สเปรย์ และฉีดพ่นสเปรย์ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายในครั้งแรก วิธีฉีดพ่นสเปรย์ คือ ฉีดพ่นสเปรย์โดยให้หัวสเปรย์ห่างจากบริเวณเข่าประมาณ 10 เซนติเมตร หรือประมาณ 2 ข้อนิ้วชี้ พ่นจำนวน 5 สเปรย์ ให้ทั่วบริเวณเข่า รอบเข่า ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง โดยกดฉีดสเปรย์แบบเต็มสเปรย์ คิด

เป็น ครั้งละ 0.04 มิลลิลิตร ทั้งหมด 5 สเปรย์ รวมปริมาตรที่ใช้ต่อครั้ง คิดเป็น 0.2 มิลลิลิตร การปฏิบัติตัวในระหว่างที่เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ห้ามล้างออกหรืออาบน้ำจนกระทั่งครบ 1 ชั่วโมง งดอาหารแสลง งดกิจวัตรที่การใช้งานเข่า เช่น การยืน เดินเป็นเวลานาน การวิ่งหรือออกกำลังกายที่ต้องมีการใช้งานเข่าอย่างหนัก เป็นต้น ห้ามทานยาลดปวด ยากลุ่ม NSAIDs ห้ามรักษาด้วยการนวดประคบ ฝังเข็ม กายภาพบำบัด และฉีดยาแก้ปวด รวมถึงการรักษาอื่น ๆ ในระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับสเปรย์ที่ฉีดพ่นกลับไปใช้ที่บ้านด้วย จำนวน 1 ขวด ปริมาตรบรรจุ 60 มิลลิลิตรต่อขวด โดยให้ฉีดพ่นบริเวณเข่าทุกวัน วันละ 3 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็น โดยสอบถามการใช้สเปรย์และแนะนำการใช้ทางไลน์หรือทางโทรศัพท์ หลังจากได้รับสเปรย์ไปแล้ว 1 วัน และ 4 วัน นัดติดตามผลการรักษาและประเมินผลการรักษาหลังได้รับสเปรย์และใช้ไปแล้ว 1 สัปดาห์

2.5 พยาบาลเป็นผู้ประเมินผลหลังการรักษาด้วยแบบประเมินความปวด Numeric rating score: NRS และความสามารถในการทำกิจกรรมใช้แบบประเมิน Modified WOMAC Scale ฉบับภาษาไทย ของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผู้ประเมินจะไม่รู้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประเมิน เป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม หลังได้รับสเปรย์และใช้สเปรย์ต่อเนื่องครบ 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และข้อมูลสุขภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ (Percentage) ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด และความสามาถในการทำกิจกรรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการใช้สเปรย์ร่วมกับการให้ความรู้ โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ICH-GCP เลขที่ 59/2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มารับบริการ งานแพทย์แผนไทย ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคาย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ไก่ดำสเปรย์ร่วมกับการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว จำนวน 31 ราย พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.41 เพศชาย 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.58 อายุ <65 ปี 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.35 อายุ 66-74 ปี 21ราย คิดเป็นร้อยละ 67.74 และอายุ ≥75 ปี 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.18 อายุเฉลี่ย 69.68 (S.D. 6.18) มีอายุมากที่สุด 84 ปี และอายุน้อยที่สุด 60 ปี ระดับการศึกษา ประถมศึกษา 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.35 มัธยมศึกษา 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.48 ปริญญาตรี 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.70 และสูงกว่าปริญญาตรี 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.45 ในด้านอาชีพ เกษตรกรรม 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.90 ค้าขาย 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.35 รับจ้าง 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.58 และเกษียณอายุราชการ 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.61 ในด้านโรคประจำตัว ไม่มี 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.29 มีโรคประจำตัว 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.70 โดยส่วนใหญ่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองไม่มีประสบการแพ้ยาสมุนไพร ประสบการณ์การรักษาอาการปวดเข่า ไม่เคยรักษา 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.36 เคยรับการรักษา 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.64 ประสบการณ์การรักษาด้วยแพทย์แผนไทย ไม่เคยรักษา 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.67 เคยรับ

การรักษา 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.32 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 6 เดือน – 1 ปี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.67 ระยะเวลา 1 ปี – 2 ปี 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.93 มากกว่า 2 ปี 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.38 ความถี่ของอาการปวด 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์ 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.70 ความถี่ 3-4 ครั้ง/ สัปดาห์ 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.38 และปวดทุกวัน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.90 อาการข้อเข่าฝืดตึงหลังตื่นนอนตอนเช้า พบ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.80 เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว พบ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.25 พบข้ออุ่น 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.25 กดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า พบ 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.93 ข้อใหญ่ผิดรูป พบ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.58

กลุ่มควบคุม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้สเปรย์หลอกร่วมกับการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว จำนวน 31 ราย โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.32 เพศชาย 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.67 อายุ <65 ปี 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.18 อายุ 66-74 ปี 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.06 และอายุ ≥75 ปี 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.76 อายุเฉลี่ย 70.03 (S.D. 5.83) มีอายุมากที่สุด 81 ปี และอายุน้อยที่สุด 60 ปี ระดับการศึกษา ประถมศึกษา 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.58 มัธยมศึกษา 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.48 ปริญญาตรี 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.48 และสูงกว่าปริญญาตรี 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.45 ในด้านอาชีพ เกษตรกรรม 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.58 ค้าขาย 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.58 รับจ้าง 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.90 และเกษียณอายุราชการ 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.93 ในด้านโรคประจำตัว ไม่มี 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.48 มีโรคประจำตัว 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.51 โดยส่วนใหญ่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุมไม่มีประสบการแพ้ยาสมุนไพร ทั้งหมดมีประสบการณ์การรักษาอาการปวดเข่า คิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งหมดเคยรับการรักษามีประสบการณ์การรักษาด้วยแพทย์แผนไทย คิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 6 เดือน – 1 ปี 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.48 ระยะเวลา 1 ปี – 2 ปี 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.93 มากกว่า 2 ปี 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.58 ความถี่ของอาการปวด 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์ 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.29 ความถี่ 3-4 ครั้ง/ สัปดาห์ 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.48 และปวดทุกวัน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.22 อาการข้อเข่าฝืดตึงหลังตื่นนอนตอนเช้า พบ 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.93 เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว พบ 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.61 พบข้ออุ่น 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.48 กดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า พบ 14ราย คิดเป็นร้อยละ 45.16 ข้อใหญ่ผิดรูป พบ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.35

2. คะแนนความปวดและการเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้สูงอายุที่มารับบริการงานแพทย์แผนไทย ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคาย

2.1 คะแนนความปวดของผู้สูงอายุที่มารับบริการงานแพทย์แผนไทย ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคาย ที่วัดด้วยเครื่องมือ Numerical rating scale (NRS) พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนความปวด 5.58 (S.D. .80) หลังการทดลอง มีค่าคะแนนความปวด 2.67 (S.D. .74) กลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนความปวด 5.67 (S.D. .65) หลังการทดลอง มีค่าคะแนนความปวด 5.06 (S.D. .51)

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้สูงอายุที่มารับบริการงานแพทย์แผนไทย ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคาย ที่วัดด้วยเครื่องมือ Numerical rating scale (NRS) พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนความปวด 5.58 (S.D. .80) หลังการทดลอง มีค่าคะแนนความปวด 2.67 (S.D. .74) เมื่อนำค่าคะแนนความปวดก่อนและหลังมาเปรียบเทียบกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P .004) กลุ่มควบคุมเมื่อวัดด้วยเครื่องมือ Numerical rating scale (NRS) ก่อนการทดลอง

มีค่าคะแนนความปวด 5.67 (S.D. .65) หลังการทดลอง มีค่าคะแนนความปวด 5.06 (S.D. .51) เมื่อนำค่าคะแนนความปวดก่อนและหลังมาเปรียบเทียบกันไม่มีความแตกต่างกัน (*P* .725) เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและควบคุมมาเปรียบเทียบกัน คะแนนก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน (*P* .639) ส่วนคะแนนหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*P*.000)

3. ค่าคะแนนแบบประเมิน Modified WOMAC Scale ฉบับภาษาไทย ของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยของผู้สูงอายุที่มารับบริการงานแพทย์แผนไทย ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคาย

แบบประเมิน Modified WOMAC Scale ฉบับภาษาไทย ของราชวิทยาลัยแพทย์ของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน คือ 1) ระดับความปวดขณะทำ กิจกรรม มี 5 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-10 คะแนน การแปลผล คือ 0 เท่ากับไม่ปวด จนถึง 10 คือ ปวดมากที่สุด 2) ระดับอาการข้อฝืด มี 2 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-10 คะแนน การแปลผล คือ 0 เท่ากับไม่ฝืดเลย ถึง 10 ฝืดมากที่สุด 3) ระดับความสามารถในการใช้งานข้อ มี 15 ข้อ แต่ละข้อมี คะแนน 0-10 คะแนน จากทำได้ดีถึงเป็นปัญหามากที่สุด การแปลผลค่าคะแนนมากความสามารถในการใช้งานของข้อไม่ดีเป็นปัญหามาก

กลุ่มทดลอง ด้านที่ 1 SECTION A (How much pain do you have?) ความรู้สึกปวดของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม (ข้อที่ 1-5) ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนอยู่ระดับ 5.53 (S.D. .36) หลังการทดลอง ค่าคะแนนอยู่ระดับ 4.23 (S.D. .17) ด้านที่ 2 SECTION B (Stiffness?) อาการฝืดตึง (ข้อที่ 6-7) ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนอยู่ระดับ 5.78 (S.D. .77) หลังการทดลอง ค่าคะแนนอยู่ระดับ 3.64 (S.D. .66) ด้านที่ 3 SECTION C (What degree of difficult do you have?) ความสามารถในการใช้งานของข้อขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ข้อที่ 8-24) ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนอยู่ระดับ 5.49 (S.D. .17) หลังการทดลอง ค่าคะแนนอยู่ระดับ 4.16 (S.D. .16) ตามลำดับ

กลุ่มควบคุม ด้านที่ 1 SECTION A (How much pain do you have?) ความรู้สึกปวดของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม (ข้อที่ 1-5) ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนอยู่ระดับ 5.45 (S.D. .33) หลังการทดลอง ค่าคะแนนอยู่ระดับ 5.5 (S.D. .00) ด้านที่ 2 SECTION B (Stiffness?) อาการฝืดตึง (ข้อที่ 6-7) ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนอยู่ระดับ 5.87 (S.D. .78) หลังการทดลอง ค่าคะแนนอยู่ระดับ 5.48 (S.D. .33) ด้านที่ 3 SECTION C (What degree of difficult do you have?) ความสามารถในการใช้งานของข้อขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ข้อที่ 8-24) ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนอยู่ระดับ 5.49 (S.D. .33) หลังการทดลองค่าคะแนนอยู่ระดับ 5.38 (S.D. .71)

4. การเปรียบเทียบคะแนนตามแบบประเมิน Modified WOMAC Scale ฉบับภาษาไทย ของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยของผู้สูงอายุที่มารับบริการ งานแพทย์แผนไทย ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคาย

การเปรียบเทียบคะแนนตามแบบประเมิน Modified WOMAC Scale ฉบับภาษาไทยของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยของผู้สูงอายุที่มารับบริการ งานแพทย์แผนไทย ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคาย ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนทั้ง 3 ด้านมาเปรียบเทียบกันในกลุ่ม พบว่า

กลุ่มทดลอง ด้านที่ 1 SECTION A (How much pain do you have?) ความรู้สึกปวดของ

ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม (ข้อที่ 1-5) ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนอยู่ระดับ 5.53 (S.D. .36) หลังการทดลอง ค่าคะแนนอยู่ระดับ 4.23 (S.D. .17) ด้านที่ 2 SECTION B (Stiffness?) อาการฝืดตึง (ข้อที่ 6-7) ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนอยู่ระดับ 5.78 (S.D. .77) หลังการทดลอง ค่าคะแนนอยู่ระดับ 3.64 (S.D. .66) ด้านที่ 3 SECTION C (What degree of difficult do you have?) ความสามารถในการใช้งานของข้อขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ข้อที่ 8-24) ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนอยู่ระดับ 5.49 (S.D. .33) หลังการการทดลอง ค่าคะแนนอยู่ระดับ 4.16 (S.D. .16) ในกลุ่มทดลอง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันทั้ง 3 ด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*P* .000)

กลุ่มควบคุม ด้านที่ 1 SECTION A (How much pain do you have?) ความรู้สึกปวดของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม (ข้อที่ 1-5) ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนอยู่ระดับ 5.45 (S.D. .33) หลังการทดลอง ค่าคะแนนอยู่ระดับ 5.57 (S.D. .00) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันไม่มีความแตกต่างกัน (*P* .409) ด้านที่ 2 SECTION B (Stiffness?) อาการฝืดตึง (ข้อที่ 6-7) ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนอยู่ระดับ 5.77 (S.D. .78) หลังการทดลอง ค่าคะแนนอยู่ระดับ 5.48 (S.D. .33) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันไม่มีความแตกต่างกัน (*P* .054) ด้านที่ 3 SECTION C (What degree of difficult do you have?) ความสามารถในการใช้งานของข้อขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ข้อที่ 8-24) ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนอยู่ระดับ 5.49 (S.D. .33) หลังการทดลอง ค่าคะแนนอยู่ระดับ 5.38 (S.D. .71) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันไม่มีความแตกต่างกัน (*P* .064)

การเปรียบเทียบคะแนนตามแบบประเมิน Modified WOMAC Scale ฉบับภาษาไทยของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยของผู้สูงอายุที่มารับบริการ งานแพทย์แผนไทยศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคาย ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนทั้ง 3 ด้านมาเปรียบเทียบกันระหว่ามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้ง 3 ด้าน ก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน (*P* .268, *P* .769, *P* .142) ส่วนหลังการทดลอง ระหว่ามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้ง 3 ด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*P*.000)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้ไก่ดำสเปรย์ร่วมกับการให้ความรู้ต่ออาการปวดเข่าโดยไก่ดำสเปรย์ คือ เภสัชตำรับสูตรตำรับของศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคาย เป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีการพัฒนาเป็นยาพ่นทาใช้ภายนอก ที่มีประสิทธิผลสำหรับบรรเทารักษาอาการปวดกล้าม เนื้อ มีสรรพคุณ แก้ปวด (analgesic activity), ลด อาการอักเสบ (anti-inflammatory activity) ลดการอักเสบของข้อ (anti-arthritic) เนื่องด้วยมีสาร สำคัญคือ vitexin และ apigenin ในกลุ่ม flavonoids สารทั้งสองชนิดนี้ ออกฤทธิ์ผ่านกลไกเดียวกันกับยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs)[7]

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มารับบริการ งานแพทย์แผนไทย ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 เทศบาลเมืองหนองคาย พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 69.68 กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 70.03 สอดคล้องกับ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) ศึกษาสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุเกิน 60 ปี ราว 10 ล้านคน จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุไทย จะเพิ่มเป็นร้อยละ 21 และ 24 ของประชากรรวมใน อีกสิบและสิบสี่ปีข้างหน้าตามลำดับ และสังคมไทยจะก้าวสู่ สังคมผู้สูงอายุ โดยอายุเฉลี่ยของหญิงไทยอยู่ที่ 78.4 ปี ในขณะที่ชายไทยมีอายุเฉลี่ย 71.6 ปี[5] กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การรักษาอาการ

ปวดเข่ารักษาด้วยแพทย์แผนไทย ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เจ็บป่วยในระยะเวลา 1-2 ปี 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.94 ความถี่ของอาการปวดมากที่สุด คือ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ในด้านอาการที่แสดงที่พบมากที่สุดคือ อาการกดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว อาการข้อเข่าฝืดตึงหลังตื่นนอนตอนเช้า ข้ออุ่น และใหญ่ผิดรูป พบน้อยสุดทั้งสอง

คะแนนความปวดที่วัดด้วยเครื่องมือ Numerical rating scale (NRS) พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนความปวด 5.58 (SD.80) หลังการทดลอง มีค่าคะแนนความปวด 2.67 (SD.74) เมื่อนำคะแนนมาการเปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังมาเปรียบเทียบกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*P*.004) กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนความปวด 5.67 (SD.65) หลังการทดลอง มีค่าคะแนนความปวด 5.06 (SD.51) กลุ่มควบคุม เมื่อนำค่าคะแนนความปวดก่อนและหลังมาเปรียบเทียบกันไม่มีความแตกต่างกัน (*P*.725) เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและควบคุมมาเปรียบเทียบกัน คะแนนก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน(*P*.639) ส่วนคะแนนหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*P*.000) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าสมุนไพรกระดูกไก่ดำที่นำมาพัฒนาเป็นสเปรย์สามารถลดอาการปวดได้ จากการศึกษาการออกฤทธิ์ของกระดูกไก่ดำ พบว่า มีผลแก้ปวด ลดอักเสบ ไม่แตกต่างจากยาแผนปัจจุบัน และทดสอบแล้วในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร พบว่า 90% หลังจากใช้สเปรย์กระดูกไก่ดำระบุว่าหายปวดหลังใช้สเปรย์กระดูกไก่ดำเพียงครั้งเดียว นอกจากนี้ กระดูกไก่ดำ ยังมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาอีกหลายด้าน มีฤทธิ์ต้านอักเสบ ลดปวดสูงมาก สารสำคัญในกลุ่ม Flavonoids (Vitexin และ Apigenin) ออกฤทธิ์ผ่านกลไกเดียวกันกับยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) โดยไปยับยั้งเอนไซม์ทั้ง Cyclooxygenase (COX) และ Lipoxygenase pathways ทำให้มีผลยับยั้งการหลั่งสารที่เหนี่ยวนำให้เกิดการอักเสบหลายชนิดออกฤทธิ์ที่ Opioid receptor ซึ่งเป็นกลไกเดียวกับมอร์ฟีน แต่มีฤทธิ์ลดปวดน้อยกว่ามอร์ฟีนประมาณ 2 – 5 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ ปิติพร และคณะ (2565)[8] ทำการศึกษาประสิทธิศักย์และความปลอดภัยของสเปรย์ผสมสมุนไพรกระดูกไก่ดำเทียบกับไดโคลฟีแนกสเปรย์ในการรักษาการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อแผนกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศ อำเภอปราจีนบุรี จังหวัดปราจีนบุรี โดยศึกษาเชิงทดลองแบบ randomized double-blinded controlled trial ในผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อนที่ระดับความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร อายุระหว่าง 15-70 ปี ผู้เข้าร่วมวิจัยถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยวิธีการสุ่ม กลุ่มแรกได้รับยาสเปรย์ผสมสมุนไพรกระดูกไก่ดำ กลุ่มที่ 2 ได้รับยาสเปรย์ไดโคลฟีแนก พ่นบริเวณที่มีการอักเสบของเนื้อเยื่อ วันละ 3 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็น เป็นระยะเวลา 7 วัน ประเมินประสิทธิศักย์ในการบรรเทาอาการปวดด้วยคะแนนความปวด (rest pain) การบวมบริเวณที่บาดเจ็บ (swelling) รวมทั้งจำนวนเม็ดยาพาราเซตมอลที่รับประทาน ประเมินระดับความรู้สึกโดยรวมของผู้เข้าร่วมวิจัย และผลข้างเคียงจากการใช้ผลิตภัณฑ์ ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะประชากรระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัย 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน เมื่อประเมิน pain score พบว่า ยา JGS มีผลลดคะแนนความปวดได้ไม่แตกต่างกับยา DFS (mean difference VAS = -0.13, 95%CI -0.81, 0.56; *P* = 0.68) ยา JGS มีผลลดการบวมได้ไม่แตกต่างกับการใช้ยา DFS (risk ratio = 0.988, 95%CI 0.66, 1.48; *P* = 0.951) เมื่อสิ้นสุดการรักษาพบว่าผู้ป่วยในทั้งสองกลุ่มใช้ยาพาราเซตามอลเพื่อแก้ปวดไม่แตกต่างกัน (*P* = 0.194) และพบผลข้างเคียงจากยาคือการระคายเคืองผิวหนังไม่แตกต่างกันทางสถิติ 8.3% และ 6.38 %

ในกลุ่ม JGS และกลุ่ม DFS ตามลำดับ ($P > 0.05$) กล่าวโดยสรุปคือ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ายาสเปรย์ผสมสมุนไพรกระดูกไก่ดำมีประสิทธิศักย์และความปลอดภัยเทียบเท่ากับยาสเปรย์ไดโคลฟีแนกในการรักษาการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่มีระดับความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง และสโรชา ว่องจิรกิตติ์ และณิชภัทร โพธิ์เงิน[9] ทำการศึกษาเปรียบเทียบ ประสิทธิผลของสเปรย์กระดูกไก่ดำต่อการลดอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณบ่า คอ ไหล่ ระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับ สเปรย์กระดูกไก่ดำ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับสเปรย์หลอก กลุ่มละ 30 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณบ่า คอ ไหล่ ณ ศูนย์บริการการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสตูล ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีระดับความเจ็บปวดที่ลดลง มีองศาการก้มคอ การเอียงศีรษะ ไป ทางซ้ายและขวา เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แต่เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษา ระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลอง มีระดับความเจ็บปวดลดลง มีความสามารถการเคลื่อนไหวของ องศาการก้มคอ การเอียงศีรษะไปทางซ้ายและขวา ได้มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) สเปรย์กระดูกไก่ดำมีประสิทธิผลในการลดปวด ลดความตึงของกล้ามเนื้อ ทำให้เพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของคอ บ่า ไหล่ได้[9]

การเปรียบเทียบคะแนนตามแบบประเมิน Modified WOMAC Scale ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนทั้ง 3 ด้าน มาเปรียบเทียบกันระหว่ามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน (*P*.268, *P*.769, *P*.142) ส่วนหลังการทดลองระหว่ามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้ง 3 ด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*P*.000) ในด้านลดอาการปวดในกลุ่มที่ใช้สเปรย์กระดูกไก่ดำสามารถลดความรุนแรงของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่าตึงเข่าได้เป็นอย่างดี[10]

การศึกษาในครั้งนี้ถือเป็นการตอบสนองยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการได้ มีนโยบายที่จะพัฒนาศาสตร์การรักษาของแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ให้มีคุณภาพมาตรฐานได้รับการยอมรับในระดับสากล นำองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก บูรณาการเข้าสู่ระบบบริการอย่างครบวงจร พัฒนาวิชาการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พัฒนาระบบการจัดระบบความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย อนุรักษ์และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ไม่ว่าจะเป็นทางด้านการส่งเสริม การรักษา การฟื้นฟู และการป้องกัน การศึกษาวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้ไก่ดำสเปรย์ร่วมกับการให้ความรู้มีผลต่อการลดอาการปวดเข่า และเพิ่มสมรรถนะการใช้งานข้อเข่าในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภัณฑิรชา เฟื่องทอง, ผุสดี สระทอง.(2562). การพยาบาลผู้สูงอายุโรคขอเข่าเสื่อม. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 33(2), 197-210.
2. ฐานข้อมูลพรรณไม้ องค์การสวนพฤกษศาสตร์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. “Justicia gendarussa Burm. f.” [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 16 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: www.qsbg.org.
3. วิธวัช พ่อท้าว, อินทิรา รูปสว่าง, และสุภาพ อารีเอื้อ. (2567). ความชุกของภาวะเปราะบางและ ความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน. วารสารสภาการ พยาบาล, 39(4), 519-535. https://doi.org/10.60099/jtnmc.v39i04.269057

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). พรบ. หลักประกัน สุขภาพ สิทธิบัตรทอง “ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าฟรี ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ใช้ชีวิต ปกติ-ประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม”. [ออนไลน์]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https:// www.nhso.go.th/news/3864.
5. สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภัณฑิรชา เฟื่องทอง และผุสดี สระทอง. (2562). การพยาบาลผู้สูงอายุโรคขอเข่าเสื่อม.วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 33(2), 197-210.
6. จันทราภรณ์ คำก่อง นพวรรณ เปียซื่อ กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์. (2560). ผลของโปรแกรม ควบคุมน้ำหนัก โดยการใช้การสนับสนุน ของกลุ่มและชุมชนต่อภาวะโภชนาการ และอาการปวดเข่าของผู้สูงอายุน้ำหนัก เกินที่มีอาการปวดเข่า. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 29(3), 8-18.
7. World Health Organization. (2023, September 20). Osteoarthritis. [Internet]. Available From. https://www.who.int/ news-room/fact-sheets/detail/ osteoarthritis.
8. สุภาภรณ์ ปิติพร, ณัฐดนัย มุสิกวงศ์, ศักดิ์สิทธิ์ จิตรกฤษฎากุล, อัญชิสา กัทลี, ธนพงศ์ เพ็งผล, ผกากรอง ขวัญข้าว (2565).ประสิทธิศักย์และความปลอดภัยของสเปรย์ผสมสมุนไพรกระดูกไก่ดำเทียบกับไดโคลฟีแนก สเปรย์ในการรักษาการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อแผนกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร อำเภอปราจีนบุรี จังหวัดปราจีนบุรี 26000วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี 2565, 20.(2), 223-234.
9. สโรชา ว่องจิรกิตติ์ และ ณิชภัทร โพธิ์เงิน. (2565). ประสิทธิผลของสเปรย์กระดูกไก่ดำต่อการลดปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 20 (1) ,5-16.
10. สิรินภา จิระกิตติเจริญ, นัชชา มานักฆ้อง, ปฐม จูจันทร์ และ ธัมมะธิดา พัฒนพงศา.(2565) ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ และความสามารถในการต้านเชื้อแบคทีเรีย ของสารสกัดเดี่ยว และสารสกัดผสมจากใบพญายอ ใบกระดูกไก่ดำ และใบหนาดใหญ่.วารสารหมอยาไทยวิจัย.10,(2).

ความชุกและลักษณะของ Masked Hypertension และ White Coat Hypertension จากการวัดความดันโลหิตที่ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs เปรียบเทียบกับสถานพยาบาล: การศึกษาแบบตัดขวางในกลุ่มเสี่ยง

Prevalence and Characteristics of Masked Hypertension and White Coat Hypertension Using Community-Based Blood Pressure Monitoring Compared to Hospital-Based Measurements: A Cross-Sectional Study in High-Risk Population.

(Received: March 7,2026 ; Revised: March 12,2026 ; Accepted: March 17,2026)

นนทนันท์ ธุนันทา[1]
Nontanun Thunanta[1]

บทนำ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของ MH และ WCH ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เมื่อใช้การวัดความดันโลหิตที่ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs เปรียบเทียบกับการวัดในสถานพยาบาล และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่วัดได้จากทั้งสองวิธี เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวางในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35-59 ปี จำนวน 218 คน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคก อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2568 วัดความดันโลหิตที่ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs เป็นเวลา 7 วัน วันละ 2 ครั้ง และวัดในสถานพยาบาล 3 ครั้ง ตามแนวปฏิบัติของ European Society of Hypertension 2023 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (61.0%) อายุเฉลี่ย 47.3±7.2 ปี มี BMI เฉลี่ย 26.3±4.1 กก./ม² โดย 65.1% มีน้ำหนักเกิน ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ การรับประทานอาหารเค็มและหวาน (81.7%) ขาดการออกกำลังกาย (71.6%) และมีน้ำหนักเกิน (65.1%) ผลการจำแนกประเภทความดันโลหิตพบว่า Sustained Normotension ร้อยละ 40.8, WCH ร้อยละ 19.3 (95% CI: 14.0-24.5), MH ร้อยละ 14.2 (95% CI: 9.6-19.9) และ Sustained Hypertension ร้อยละ 25.7 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่วัดในสถานพยาบาลสูงกว่าการวัดที่ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งความดันโลหิตซิสโตลิก (142.8±15.6 เทียบกับ 135.4±12.3 mmHg, p<0.001) และไดแอสโตลิก (89.2±8.4 เทียบกับ 84.7±7.1 mmHg, p<0.001) โดยมีผลต่างเฉลี่ย 7.4 mmHg และ 4.5 mmHg ตามลำดับ

คำสำคัญ: Masked Hypertension, White Coat Hypertension, ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs, การวัดความดันโลหิตแบบชุมชน, Home Blood Pressure Monitoring

Abstract

This study aimed to determine the prevalence of MH and WCH among individuals at risk of hypertension by comparing BP measurements obtained at the Thai People Away from NCDs Centers and those taken in a healthcare facility, and to compare the mean BP values between the two settings. A survey research by cross-sectional study was conducted among 218 individuals aged 35-59 years at risk for hypertension, residing in the service area of Ban Khok Subdistrict Health Promoting Hospital, Nong Han District, Udon Thani Province, from August to October 2025. BP measurements were performed at the community centers for 7 consecutive days, twice daily, and at the hospital on 3 occasions, following the 2023 European Society of Hypertension guidelines.[5] Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

Results: The majority of participants were female (61.0%), with a mean age of 47.3±7.2 years and a mean BMI of 26.3±4.1 kg/m². Of these, 65.1% were overweight. The most common risk factors included high

[1] พบ.โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

intake of salty and sweet foods (81.7%), physical inactivity (71.6%), and overweight (65.1%). BP classification revealed sustained normotension (40.8%), WCH (19.3%; 95% CI: 14.0-24.5), MH (14.2%; 95% CI: 9.6-19.9), and sustained hypertension (25.7%). Mean office BP values were significantly higher than those measured at the community centers: systolic BP (142.8±15.6 vs. 135.4±12.3 mmHg, p<0.001) and diastolic BP (89.2±8.4 vs. 84.7±7.1 mmHg, p<0.001), with mean differences of 7.4 mmHg and 4.5 mmHg, respectively.

Keywords: Masked Hypertension, White Coat Hypertension, Thai People Away from NCDs Centers, Community-based Blood Pressure Monitoring, Home Blood Pressure Monitoring

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกและประเทศไทย จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 28.4[1] ซึ่งแสดงถึงแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขปี 2566[2] แสดงให้เห็นว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ของประเทศไทย และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดที่สามารถป้องกันได้หากมีการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย[3] ปัญหาหลักในการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิคือการพึ่งพาการวัดในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจไม่สะท้อนค่าความดันโลหิตที่แท้จริงของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน นำไปสู่ปรากฏการณ์ Masked Hypertension และ White Coat Hypertension Masked Hypertension คือภาวะที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตปกติเมื่อวัดที่สถานพยาบาล (น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท) แต่มีความดันโลหิตสูงเมื่อวัดนอกสถานพยาบาล (มากกว่าหรือเท่ากับ 135/85 มม.ปรอท) การศึกษา meta-analysis โดย Pierdomenico และคณะ พบความชุกในประชากรทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ 13-17[4] ภาวะนี้มีความสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไป แต่ไม่ได้รับการรักษา[5]

ในทางตรงกันข้าม White Coat Hypertension เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงเมื่อวัดที่สถานพยาบาล (มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท) แต่มีความดันโลหิตปกติเมื่อวัดนอกสถานพยาบาล (น้อยกว่า 135/85 มม.ปรอท) ความชุกของภาวะนี้พบได้ประมาณร้อยละ 15-30 ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงครั้งแรก[6] แม้ว่า White Coat Hypertension จะมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดน้อยกว่าโรคความดันโลหิตสูงที่แท้จริง แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงมีความเสี่ยงสูงกว่าคนปกติ[7]

สำหรับประเทศไทย การศึกษาของ Thinkhamrop และคณะ ในประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบความชุกของ Masked Hypertension ที่ร้อยละ 11.2 และ White Coat Hypertension ที่ร้อยละ 23.7[8] อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ทำในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งอาจไม่สะท้อนสถานการณ์ที่แท้จริงในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด บริบทของจังหวัดอุดรธานี โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลบ้านโคก อำเภอหนองหาน สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงมีความซับซ้อนและต้องการการจัดการที่มีประสิทธิภาพ จากข้อมูลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคก ในปีงบประมาณ 2568 (ตุลาคม 2567 - พฤษภาคม 2568) พบว่ามีประชากรทั้งหมด 7,036 คน โดยมีการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายอายุ 35-59 ปีได้ร้อยละ 97.13 ซึ่งเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 90 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบการคัดกรองที่ดี[9]

อย่างไรก็ตาม ยังพบผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 7 ราย จาก 10 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ บ่งชี้ว่ายังมีผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงแต่ไม่ได้รับการตรวจพบหรือควบคุมอย่างเหมาะสม Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) ได้รับการยอมรับเป็นเครื่องมือสำคัญในการตรวจพบและจัดการ Masked Hypertension และ White Coat Hypertension การวัดความดันโลหิตที่บ้านมีข้อดีหลายประการ ได้แก่ การสะท้อนค่าความดันโลหิตที่แท้จริงในสภาพแวดล้อมปกติ การลดผลกระทบจากความวิตกกังวลในสถานพยาบาล การเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และการปรับปรุงการปฏิบัติตามการรักษา[8,9,10]

คำแนะนำของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงยุโรป (European Society of Hypertension) ปี 2023 ระบุว่า HBPM ควรเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย โดยเฉพาะในการตรวจพบ Masked Hypertension และ White Coat Hypertension[11]

แม้ว่าการใช้ HBPM จะมีประสิทธิภาพ แต่ยังประสบอุปสรรคในการนำไปใช้ในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ ต้นทุนของเครื่องวัดความดันโลหิต ความรู้และทักษะของผู้ป่วยในการใช้งาน การยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์ และระบบสนับสนุนในการตีความผลการวัด ในปี 2021 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยได้อนุมัติให้มีการชดเชยค่าเครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน และการใช้งาน HBPM ระดับชาติได้เริ่มขึ้นในปี 2022 แต่ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงเทคโนโลยีนี้ ผู้ป่วยในชุมชนชนบทมักประสบอุปสรรคในการเข้าถึง HBPM โดยเฉพาะในด้านต้นทุนการลงทุนเริ่มแรก ความรู้ด้านเทคโนโลยี และการสนับสนุนจากระบบสุขภาพ ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs เป็นนวัตกรรมทางสังคมที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายในการจัดตั้งศูนย์ดังกล่าวในทุกหมู่บ้านเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐานได้อย่างสะดวกและต่อเนื่อง ศูนย์เหล่านี้มีการติดตั้งอุปกรณ์วัดความดันโลหิตที่ได้มาตรฐาน และมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ผ่านการฝึกอบรมดูแลการใช้งานและให้คำแนะนำแก่ประชาชน การประยุกต์ใช้ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs ในการดำเนินการวัดความดันโลหิตแบบชุมชน (Community-based Blood Pressure Monitoring) มีข้อได้เปรียบหลายประการเมื่อเปรียบเทียบกับ HBPM แบบเดิม ประการแรก เป็นการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ เนื่องจากประชาชนไม่จำเป็นต้องลงทุนซื้อเครื่องวัดความดันโลหิตเป็นของตนเอง ประการที่สอง การวัดความดันโลหิตในสภาพแวดล้อมชุมชนที่คุ้นเคยช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลได้มากกว่าการวัดในสถานพยาบาล ประการที่สาม การมีส่วนร่วมของ อสม. และชุมชนช่วยสร้างการสนับสนุนทางสังคมและการติดตามอย่างต่อเนื่อง ประการที่สี่ เป็นการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างพื้นฐานที่มีอยู่แล้วอย่างมีประสิทธิภาพ

แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับ Masked Hypertension และ White Coat Hypertension ในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย แต่ยังมีช่องว่างทางวิชาการที่สำคัญหลายประการ ประการแรก การศึกษาส่วนใหญ่ในประเทศไทยเน้นไปที่การใช้ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) แบบเดิมที่ต้องการให้ผู้ป่วยมีเครื่องวัดความดันโลหิตเป็นของตนเอง ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนชนบทที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ประการที่สอง ยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ของการใช้ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs ในการดำเนินโปรแกรมการวัดความดันโลหิตแบบชุมชน (Community-based Blood Pressure Monitoring) เป็นทางเลือกในการตรวจพบ Masked และ White Coat Hypertension ประการที่สาม ขาดข้อมูลเกี่ยวกับความชุกและ

ลักษณะของภาวะดังกล่าวในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในระดับชุมชน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการวัดที่ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs กับการวัดในสถานพยาบาล และประการสุดท้าย การศึกษาล่าสุดของ Stergiou และคณะ ยังชี้ให้เห็นว่าประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการวัดความดันโลหิตแบบชุมชนในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในการประยุกต์ใช้โครงสร้างพื้นฐานที่มีอยู่แล้วในชุมชน[12] ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นความท้าทายในการจัดการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตที่แปรปรวนระหว่างการมาพบแพทย์ การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีเครื่องวัดความดันโลหิตเป็นของตนเองเนื่องจากข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ทำให้การติดตามความดันโลหิตนอกสถานพยาบาลเป็นไปได้ยาก อย่างไรก็ตาม การมีศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs ในทุกหมู่บ้านเปิดโอกาสใหม่ในการแก้ไขปัญหานี้ ทำให้การศึกษาแบบตัดขวางนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการดังกล่าวและสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

วัตถุประสงค์การศึกษาซ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาความชุกของ Masked Hypertension และ White Coat Hypertension ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เมื่อใช้การวัดความดันโลหิตที่ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs เปรียบเทียบกับการวัดในสถานพยาบาล

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่วัดได้จากศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs และสถานพยาบาล และ

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Survey research by cross-sectional study) ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคก อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ที่มีอายุ 35-59 ปี และจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 218 คน โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบครบทุกราย (Total enumeration)

เกณฑ์การคัดเข้า 1) อายุ 35-59 ปี 2) มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ ประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง น้ำหนักเกิน (BMI ≥25 กก./ม.^{2}) หรือมีพฤติกรรมเสี่ยง 3) อาศัยในเขตรับผิดชอบอย่างน้อย 1 ปี 4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วและได้รับการรักษา 2) มีโรคประจำตัวรุนแรงที่อาจส่งผลต่อการวัดความดันโลหิต 3) หญิงตั้งครรภ์ 4) รับประทานยาที่อาจส่งผลต่อความดันโลหิต

เครื่องมือการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ OMRON รุ่น HEM-7130 ที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน British Hypertension Society (BHS) และ Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI) เครื่องวัดทุกเครื่องได้รับการสอบเทียบก่อนการใช้งาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม: แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากแบบสอบถามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขและการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน:

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป (8 ข้อ) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติครอบครัว

ส่วนที่ 2: ข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรม (12 ข้อ) ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ส่วนที่ 3: ข้อมูลโรคประจำตัว (6 ข้อ) ได้แก่ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคไต ประวัติการรับประทานยา

ส่วนที่ 4: ข้อมูลการวัดความดันโลหิต (4 ข้อ) ได้แก่ ประสบการณ์การวัดความดันโลหิต ความรู้สึกเมื่อวัดในสถานพยาบาล ความคิดเห็นต่อการวัดในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Instrument Validation)

การตรวจสอบเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดความดันโลหิตทุกเครื่องได้รับการสอบเทียบ (Calibration) ก่อนการใช้งานจริง โดยเปรียบเทียบกับเครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอท (Mercury sphygmomanometer) ที่ได้มาตรฐาน ความแตกต่างไม่เกิน ±2 มม.ปรอทและเครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอท ได้รับการสอบเทียบจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์มหาวิทยาลัยของแก่นประจำปีงบประมาณ 2568 เรียบร้อยแล้ว

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า Content Validity Index (CVI) = 0.89 การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability Test) : ทำการทดสอบเบื้องต้น (Pilot test) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย ผลการทดสอบค่า Cronbach's alpha = 0.82

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2568 โดยมีขั้นตอนดังนี้:

1. การวัดที่ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs: วัดเป็นเวลา 7 วันติดต่อกัน วันละ 2 ครั้ง (เช้า 06.00-08.00 น. และเย็น 16.00-18.00 น.) รวม 14 ครั้ง โดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ผ่านการฝึกอบรม

2. การวัดในสถานพยาบาล: วัดโดยแพทย์ 3 ครั้ง ห่างกัน 1 นาที ในวันนัดหมาย

มาตรฐานการวัด ดำเนินการตามแนวปฏิบัติของ European Society of Hypertension 2023[7] ได้แก่ 1) พักผ่อนในท่านั่ง 5 นาทีก่อนการวัด 2) ไม่ดื่มกาแฟ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกายก่อนการวัด 30 นาที 3) นั่งในท่าที่ถูกต้อง แขนวางในระดับเดียวกับหัวใจ

เกณฑ์การแปลผล ใช้เกณฑ์ตามแนวปฏิบัติของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงไทย 2022[8] ได้แก่ 1) การวัดในสถานพยาบาล: ความดันโลหิตสูง ≥140/90 mmHg 2) การวัดนอกสถานพยาบาล: ความดันโลหิตสูง ≥135/85 mmHg

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองหาน เลขที่ NHREC003/2568

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 218 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 133 คน (ร้อยละ 61.0) กลุ่มอายุ 35-44 ปี 92 คน (ร้อยละ 42.2) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 87 คน (ร้อยละ 39.9) ประกอบอาชีพเกษตรกร 89 คน (ร้อยละ 40.8) และมีรายได้ครัวเรือนต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท 95 คน (ร้อยละ 43.6) ค่าเฉลี่ยอายุ 47.3 ± 7.2 ปี ดัชนีมวลกาย (BMI) 26.3 ± 4.1 กก./ม.^{2} โดยมีน้ำหนักเกิน 98 คน (ร้อยละ 45.0) และอ้วน 44 คน (ร้อยละ 20.1)

ปัจจัยเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือการรับประทานอาหารเค็มและหวาน 178 คน (ร้อยละ 81.7) รองลงมาคือขาดการออกกำลังกาย 156 คน (ร้อยละ 71.6) น้ำหนักเกิน

142 คน (ร้อยละ 65.1) และประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง 134 คน (ร้อยละ 61.5) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยง 3-4 ปัจจัย 118 คน (ร้อยละ 54.1)

การจำแนกประเภทความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 1: ผลการจำแนกประเภทความดันโลหิตตามการวัดในสถานพยาบาลและศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs (n=218)

ประเภทความดันโลหิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ	95% CI
Sustained Normotension	89	40.8	34.3-47.4
White Coat Hypertension	42	19.3	14.0-24.5
Masked Hypertension	31	14.2	9.6-19.9
Sustained Hypertension	56	25.7	19.9-31.5
รวม	**218**	**100**	-

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความดันโลหิตปกติทั้งสองการวัด (Sustained Normotension) ร้อยละ 40.8 รองลงมาคือ Sustained Hypertension ร้อยละ 25.7 ขณะที่พบ White Coat Hypertension ร้อยละ 19.3 และ Masked Hypertension ร้อยละ 14.2 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารวมกันแล้วมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยผิดพลาดหากใช้การวัดในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียวถึงร้อยละ 33.5 (White Coat + Masked Hypertension) ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของการวัดความดันโลหิตนอกสถานพยาบาลในการวินิจฉัยที่แม่นยำและการจัดการที่เหมาะสม

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต

ตารางที่ 2: ผลต่างค่าเฉลี่ยการวัดความดันโลหิต Office Blood Pressure และ ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs (Community-based BP) (n=218)

ความดันโลหิต	Office BP	Community-based BP	ผลต่าง	95% CI	t-statistic	p-value
ความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)	142.8 ± 15.6	135.4 ± 12.3	7.4 ± 11.2	5.9-8.9	9.82	<0.001*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)	89.2 ± 8.4	84.7 ± 7.1	4.5 ± 6.8	3.6-5.4	9.74	<0.001*

*P< 0.05

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างการวัดในสถานพยาบาลกับการวัดที่ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs โดยใช้ Paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกที่วัดในสถานพยาบาลสูงกว่าการวัดในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 7.4 mmHg (95% CI: 5.9-8.9, t = 9.82, p<0.001) และความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 4.5 mmHg (95% CI: 3.6-5.4, t = 9.74, p<0.001)

การจำแนกระดับความดันโลหิต

ตารางที่ 3 การจำแนกระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ Office BP (n=218)

ระดับความดันโลหิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปกติ (< 120/80 mmHg)	12	5.5
ความดันโลหิตสูงปกติ (120-139/80-89 mmHg)	64	29.4
ความดันโลหิตสูงระดับ 1 (140-159/90-99 mmHg)	98	45.0
ความดันโลหิตสูงระดับ 2 (160-179/100-109 mmHg)	36	16.5
ความดันโลหิตสูงระดับ 3 (≥180/110 mmHg)	8	3.6

จากตารางที่ 3 พบว่าเมื่อจำแนกระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์การวัดในสถานพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความดันโลหิตสูงระดับ 1 จำนวน 98 คน (ร้อยละ 45.0) รองลงมาคือมีความดันโลหิตสูงปกติ 64 คน (ร้อยละ 29.4) และความดันโลหิตสูงระดับ 2 จำนวน 36 คน (ร้อยละ 16.5) ขณะที่มีเพียง 12 คน (ร้อยละ 5.5) เท่านั้นที่มีความดันโลหิตปกติ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.1) มีความดันโลหิตเกินเกณฑ์ปกติเมื่อวัดในสถานพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกที่รายงานว่ายังพบผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 7 ราย จาก 10 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ และสะท้อนถึงความจำเป็นในการใช้วิธีการวัดความดันโลหิตนอกสถานพยาบาลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำกว่าในการวินิจฉัยและจัดการกลุ่มเสี่ยงนี้

ตารางที่ 4 การจำแนกระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ที่ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs (Community-based Blood Pressure) (n=218)

ระดับความดันโลหิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปกติ (< 115/75 mmHg)	18	8.3
ความดันโลหิตสูงปกติ (115-134/75-84 mmHg)	89	40.8
ความดันโลหิตสูงระดับ 1 (135-149/85-94 mmHg)	78	35.8
ความดันโลหิตสูงระดับ 2 (150-164/95-104 mmHg)	28	12.8
ความดันโลหิตสูงระดับ 3 (≥165/105 mmHg)	5	2.3

จากตารางที่ 4 การจำแนกระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ Community-based BP พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความดันโลหิตสูงปกติ จำนวน 89 คน (ร้อยละ 40.8) รองลงมาคือมีความดันโลหิตสูงระดับ 1 จำนวน 78 คน (ร้อยละ 35.8) และมีความดันโลหิตสูงระดับ 2 จำนวน 28 คน (ร้อยละ 12.8) ขณะที่มี 18 คน (ร้อยละ 8.3) ที่มีความดันโลหิตปกติ เมื่อเปรียบเทียบกับการวัดในสถานพยาบาลพบว่าสัดส่วนผู้ที่มีความดันโลหิตปกติและสูงปกติมากกว่า (รวม 49.1% เทียบกับ 34.9%) แสดงให้เห็นว่าการวัดในชุมชนช่วยลดการจำแนกผู้ที่มีความดันโลหิตในระดับสูงลงได้

เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวัดในสถานพยาบาล พบความดันโลหิตสูงระดับ 1 มากที่สุด 98 คน (ร้อยละ 45.0) ขณะที่การวัดที่ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs พบความดันโลหิตสูงปกติมากที่สุด 89 คน (ร้อยละ 40.8) แสดงให้เห็นว่าการวัดในชุมชนช่วยลดการจำแนกผู้ที่มีความดันโลหิตในระดับสูง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่ใช้ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs ในการตรวจพบ Masked และ White Coat Hypertension ในระดับปฐมภูมิ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ของการใช้ศูนย์เหล่านี้เป็นทางเลือกในการวัดความดันโลหิตนอกสถานพยาบาล

ความชุกของ Masked และ White Coat Hypertension ความชุกของ Masked Hypertension ที่พบ (ร้อยละ 14.2) สอดคล้องกับการศึกษา meta-analysis ของ Pierdomenico และ Cuccurullo ที่พบความชุกในประชากรทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ 13-17[2] และใกล้เคียงกับการศึกษาของ Thinkhamrop และคณะ ในประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 11.2)[6]

ความชุกของ White Coat Hypertension ที่พบ (ร้อยละ 19.3) อยู่ในช่วงล่างของการศึกษาสากลที่รายงานความชุกร้อยละ 15-30[4] และต่ำกว่าการศึกษาของ Thinkhamrop และคณะ (ร้อยละ 23.7)[6] การที่ White Coat Hypertension มีแนวโน้มต่ำกว่าอาจสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการวัดในศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs ที่ช่วยลด White Coat Effect ได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Parati และคณะ ที่พบว่าการวัดในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยช่วยลดความเครียดจากการวัด[9]

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต การที่ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่วัดในสถานพยาบาลสูงกว่าการวัดที่ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดของ White Coat Effect ที่ได้รับการยอมรับในวรรณกรรมสากล ผลต่างของความดันโลหิตซิสโตลิก 7.4 mmHg และไดแอสโตลิก 4.5 mmHg มีความสำคัญทางคลินิก เนื่องจากอาจส่งผลต่อการตัดสินใจในการรักษา

ข้อได้เปรียบของศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs มีข้อได้เปรียบเหนือ HBPM แบบเดิมในหลายประการ ประการแรก แก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ เนื่องจากประชาชนไม่ต้องลงทุนซื้อเครื่องวัดเป็นของตนเอง ประการที่สอง การวัดในสภาพแวดล้อมชุมชนที่คุ้นเคยช่วยลดความเครียด ประการที่สาม การมีส่วนร่วมของ อสม. ช่วยสร้างการสนับสนุนทางสังคม

ประโยชน์ทางคลินิก การพบผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยผิดพลาดหากใช้การวัดในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียวถึงร้อยละ 33.5 แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการวัดความดันโลหิตนอกสถานพยาบาล สอดคล้องกับคำแนะนำของ Mancia และคณะ ที่ระบุว่า HBPM ควรเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย[8] การศึกษาของ Kario และคณะ ในประเทศญี่ปุ่นพบว่าการนำโปรแกรมการวัดความดันโลหิตแบบชุมชนไปใช้สามารถปรับปรุงการวินิจฉัยและการจัดการผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในการตรวจพบ Masked Hypertension[15] การศึกษาของ Wang และคณะ ในประชากรเอเชียก็พบประสิทธิภาพของการวัดในชุมชนในการลดการวินิจฉัยผิดพลาดและการใช้ยาที่ไม่จำเป็น[14]

ข้อจำกัดของการศึกษา การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ประการแรก เป็นการศึกษาแบบตัดขวางที่ไม่สามารถติดตามผลลัพธ์ระยะยาวได้ ประการที่สอง ทำในพื้นที่เฉพาะซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ทั่วไป ประการที่สามไม่ได้เปรียบเทียบกับ Ambulatory Blood Pressure Monitoring (ABPM) ซึ่งถือเป็น gold standard สำหรับการวัดความดันโลหิตนอกสถานพยาบาล

บทสรุป การศึกษานี้สำเร็จในการแสดงให้เห็นว่าศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs สามารถใช้เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการตรวจพบ Masked และ White Coat Hypertension ในระดับปฐมภูมิ ด้วยความชุกที่สอดคล้องกับการศึกษาสากลและมีข้อได้เปรียบในการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ ผลการศึกษา

ชี้ให้เห็นว่าการวัดความดันโลหิตในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียวอาจนำไปสู่การวินิจฉัยผิดพลาดได้สูงถึงร้อยละ 33.5 การใช้ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs เป็นส่วนเสริมในการวัดความดันโลหิตจะช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยและการจัดการที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

สำหรับการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ได้แก่ การขยายการใช้ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs ในการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงระดับชาติ การพัฒนาแนวทางมาตรฐานการฝึกอบรม อสม. และการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการวิจัยต่อไป ควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก การขยายขอบเขตไปยังหลายพื้นที่ และการเปรียบเทียบประสิทธิภาพกับ ABPM เพื่อเป็นหลักฐานที่แข็งแกร่งยิ่งขึ้นสำหรับการนำไปใช้ในระบบสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี รวมทั้งบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
3. Pierdomenico SD, Cuccurullo F.(2011). Prognostic value of white-coat and masked hypertension diagnosed by ambulatory monitoring in initially untreated subjects: An updated meta analysis. Am J Hypertens. 2011;24(1):52-58.
4. Franklin SS, Thijs L, Hansen TW, et al.(2013). Significance of white-coat hypertension in older persons with isolated systolic hypertension: A meta-analysis using the International Database on Ambulatory Blood Pressure Monitoring in Relation to Cardiovascular Outcomes. Hypertension. 2013;61(2):296-302.
5. Parati G, Stergiou GS, Asmar R, et al.(2010). European Society of Hypertension guidelines for blood pressure monitoring at home: A summary report of the Second International Consensus Conference on Home Blood Pressure Monitoring. J Hypertens. 2010;28(8):1562-1568.
6. Thinkhamrop J, Hurst C, Lert-itthiporn W, et al.(2016). Prevalence of masked and white-coat hypertension in the northeastern Thai population: A cross-sectional study. J Human Hypertens. 2016;30(6):386-391.
7. Mengden T, Hernandez Medina RM, Beltran B, Alvarez E, Kraft K, Vetter H.(2009). Reliability of reporting self-measured blood pressure values by hypertensive patients. Am J Hypertens. 2009;11(12):1413-1417.
8. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. (2023). ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension. J Hypertens. 2023;41(12):1874-2071.
9. Kunanon S, Nonchalee T, Thanchira P.(2022). Thai Hypertension Society guidelines for home blood pressure monitoring: Evidence-based recommendations. Thai J Cardiol. 2022;28(2):45-58.
10. Parati G, Stergiou G, O'Brien E, et al. European Society of Hypertension practice guidelines for home blood pressure monitoring. J Hypertens. 2013;31(4):865-891.

11. McManus, R. J., Mant, J., Franssen, M., Nickless, A., Schwartz, C., Hodgkinson, J., Bradburn, P., Farmer, A., Grant, S., Greenfield, S. M., Heneghan, C., Jowett, S., Martin, U., Milner, S., Monahan, M., Mort, S., Ogburn, E., Perera-Salazar, R., Shah, S. A., Tochel, C., Williams, B., Yu, L. M., Tarassenko, L., & Hobbs, F. D. R. (2018). Efficacy of self-monitored blood pressure, with or without telemonitoring, for titration of antihypertensive medication (TASMINH4): An unmasked randomised controlled trial. The Lancet, 391(10124), 949-959.
12. Franklin SS, Jacobs MJ, Wong ND, L'Italien GJ, Lapuerta P.(2017). Predominance of isolated systolic hypertension among middle-aged and elderly US hypertensives: Analysis based on National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III. Hypertension. 2017;37(3):869-874.
13. Stergiou, G. S., Palatini, P., Parati, G., O'Brien, E., Januszewicz, A., Lurbe, E., Persu, A., Mancia, G., Kreutz, R., & European Society of Hypertension Council and the European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability. (2021). European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. Journal of Hypertension, 39(7), 1293-1302.
14. Wang YC, Chen JH, Chen CH, Tsai ST.(2011). Home blood pressure monitoring improves blood pressure control in Asian populations: A systematic review and meta-analysis. J Clin Hypertens. 2011;13(11):799-806.
15. Kario K, Pickering TG, Umeda Y, et al.(2001). Morning surge in blood pressure as a predictor of silent and clinical cerebrovascular disease in elderly hypertensives: A prospective study. Circulation. 2001;107(10):1401-1406.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

Development of a Care Model for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) at Khok Samrong Hospital, Lopburi Province.

(Received: March 13,2026 ; Revised: March 19,2026 ; Accepted: March 23,2026)

กรองแก้ว บุญคูณ[1]
Krongkaew Boonkoon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาสภาพปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง และความต้องการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี 2. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี 3. ประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองผ่านพฤติกรรมดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรีที่ถูกพัฒนาขึ้น การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี จำนวน 45 เครื่องมือวิจัยคือ แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการทางสถิติประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ Dependent t test และ One Sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1. ระดับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M=4.19, S.D.=1.078) ความต้องการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ในภาพรวมอยู่ ในระดับมาก (M=3.88, S.D.=.695) 2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี มี 6 ขั้นตอนได้แก่ (1) การรับไว้ในโรงพยาบาล (2) การดำเนินการในเบื้องต้น (3) ดำเนินการในระยะเฝ้าระวังใน ward (4) การดูแลแบบสหสาขา (5) การวางแผนการจำหน่ายเพื่อประเมินความพร้อมกลับบ้าน และ (6) การติดตามหลังจำหน่าย 3. ผลการประเมินพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลฯ อยู่ในระดับมากที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

คำสำคัญ โรคถุงลมโป่งพอง รูปแบบการดูแล การพัฒนา

Abstract

Research entitled "Development of a Care Model for Patients with Emphysema at Khok Samrong Hospital, Lopburi Province" The objectives of this study are: 1. To examine the problems and needs regarding the care of patients with emphysema at Khok Samrong Hospital, Lopburi Province. 2. Develop a care model for patients with emphysema at Khok Samrong Hospital, Lopburi Province. 3. Evaluate the effectiveness of the COPD care model through self-care behaviors and quality of life of COPD patients after implementation at Khok Samrong Hospital, Lopburi Province. This research is a quasi-experimental study. The sample consisted of 45 patients with emphysema at Khok Samrong Hospital, Lopburi Province. The research instrument was a questionnaire. Data analysis employed descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics for hypothesis testing, namely the Dependent t-test and the One Sample t-test.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโคกสำโรง

The research findings revealed that: 1. The overall level of problems in caring for patients with emphysema at Khok Samrong Hospital, Lopburi Province, was high (M=4.19, S.D.=1.078). The overall need for a model of care for emphysema patients at Khok Samrong Hospital, Lopburi Province, was high (M=3.88, S.D.=.695). 2. The model of care for patients with emphysema at Khok Samrong Hospital, Lop Buri Province, has 6 steps, which include: (1) Admission to the hospital. (2) Initial procedures, (3) Monitoring procedures in the ward, (4) Multidisciplinary care, (5) Discharge planning to assess readiness to return home, and (6) Post-discharge follow-up. 3. The evaluation results showed that the self-care behaviors of patients before and after the intervention using the care model differed significantly at the .05 statistical significance level, and the quality of life of patients after the use of the care model was also at a high level of significance at the .05 statistical significance level.
Keyword Emphysema, Care Models, Development

บทนำ

โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในกลุ่มของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) ซึ่งมีลักษณะทางพยาธิสภาพที่เกิดจากการถูกทำลายอย่างถาวรของผนังถุงลมในปอด ส่งผลให้ถุงลมหลายถุงรวมตัวกันกลายเป็นถุงลมขนาดใหญ่ ทำให้พื้นที่ผิวที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนที่เข้าสู่ร่างกายลดลงตามไปด้วย ผู้ป่วยจึงมีอาการหายใจลำบากโดยเฉพาะในขณะออกแรง มีอาการไอเรื้อรัง เหนื่อยง่าย และอ่อนเพลียเรื้อรัง ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการใช้ชีวิตประจำวัน สาเหตุสำคัญของโรคนี้มักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การสัมผัสมลพิษทางอากาศ รวมถึงการได้รับสารระคายเคืองเป็นเวลานาน อาทิ ฝุ่น สารเคมี หรือควันจากการเผาในที่โล่ง ทั้งนี้โรคถุงลมโป่งพองไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมอาการและชะลอการดำเนินของโรคได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การหยุดสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด การใช้ยารักษาตามคำแนะนำของแพทย์ และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง สำหรับการวินิจฉัยมักใช้อุปกรณ์วัดสมรรถภาพปอด (spirometry) ร่วมกับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อประเมินความรุนแรงของโรค การป้องกันที่มีประสิทธิภาพควรเริ่มต้นจากการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ดังกล่าว รวมทั้ง ส่งเสริมการตระหนักรู้ และสร้างสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง[4]

โรคถุงลมโป่งพองไม่เพียงส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยในระดับปัจเจกบุคคลเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศ โดยในระดับปัจเจกบุคคล ผู้ป่วยจะประสบปัญหาคุณภาพชีวิตที่ลดลงจากอาการทางระบบทางเดินหายใจที่เรื้อรัง มีอาการเหนื่อยง่ายจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ อีกทั้งยังมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจล้มเหลว ภาวะหายใจล้มเหลว หรือการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่เกิดซ้ำซ้อน ในระดับครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงเรื้อรังอาจส่งผลต่อภาระทั้งด้านเศรษฐกิจและจิตใจของผู้ดูแล ส่วนในระดับชุมชนและประเทศ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยถุงลมโป่งพองอย่างต่อเนื่องจะนำมาซึ่งภาระด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ทั้งในระบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงการสูญเสียผลิตภาพแรงงานจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพหรือจำเป็นต้องลาออกก่อนวัยอันควร สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การป้องกันและควบคุมโรคนี้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งด้านการแพทย์ สาธารณสุข นโยบายสาธารณะ และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้สามารถลดผลกระทบที่เกิดขึ้นได้อย่างเป็นระบบ

ปัจจุบันโรคถุงลมโป่งพองถือเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังในกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลก[5] รายงานว่าโรค COPD เป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรโลก และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะยังคงเพิ่มสูงขึ้นในอนาคตอันใกล้ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อแนวโน้มดังกล่าวได้แก่ การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มประชากรบางกลุ่ม การขยายตัวของเมืองซึ่งทำให้ประชาชนต้องสัมผัสกับมลพิษในอากาศมากขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและสภาพภูมิอากาศ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยเอง สถานการณ์ของโรคถุงลมโป่งพองมีความน่ากังวลอย่างยิ่ง โดยในช่วง 2–3 ปีที่ผ่านมา พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลายเป็นภัยคุกคามสุขภาพที่สำคัญเป็นอันดับสองของประเทศ และข้อมูลจากผลการศึกษาของกมล แก้วกิติณรงค์ (2565) ระบุว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองมากถึงประมาณ 700,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้มากถึง 20,000 ราย ต่อปี หรือเฉลี่ยประมาณวันละ 50 ราย ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการกำหนดนโยบายและมาตรการรับมืออย่างเร่งด่วนในระดับชาติ

กระทรวงสาธารณสุข[1]ของประเทศไทยได้ตระหนักถึงความรุนแรงของสถานการณ์โรคถุงลมโป่งพอง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุและกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ติดต่อกันมาเป็นเวลานาน ซึ่งกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้พบได้บ่อยในพื้นที่ชนบทที่ยังขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง รวมถึงการขาดองค์ความรู้ด้านการป้องกันและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม โดยโรงพยาบาล ในลักษณะดังกล่าว เช่น โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนส่วนใหญ่ ซึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคดังกล่าวทั้งจากการสูบบุหรี่ การสัมผัสฝุ่นควันจากการเผาในที่โล่ง และสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดมลพิษทางอากาศในระดับสูง ข้อมูลจากโรงพยาบาลยังระบุเพิ่มเติมว่า ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถควบคุมอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการกลับมารับการรักษาซ้ำหลายครั้ง ส่งผลให้เกิดภาระต่อระบบบริการสาธารณสุข และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมา สถิติผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง ในปี 2566-2568 มีจำนวน 867, 496, 236 ราย ตามลำดับ จากปัญหาและผลกระทบของโรคถุงลมโป่งพอง และจากความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง ผู้วิจัยจึงวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี โดยที่การวิจัยในครั้งนี้มีความสำคัญเนื่องจากผลการวิจัยสามารถใช้เพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และสามารถขยายผลไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้ โดยอาศัยแนวทางตามหลักฐานเชิงประจักษ์ควบคู่กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง และความต้องการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองผ่านพฤติกรรมดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรีที่ถูกพัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) การวิจัยนี้ดำเนินการภายในระยะ 6 เดือน (พฤษภาคม 2568 – ตุลาคม 2568) การวิจัยนี้ดำเนินการศึกษา 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง และความต้องการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี การศึกษาสภาพปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง และความต้องการรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ผู้วิจัยดำเนินการโดยศึกษา เอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยร่วมกับการเก็บข้อมูลจากอาสาสมัคร

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ดำเนินการโดยนำข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหา และความต้องการในการศึกษาระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกับแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การยกร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี จากนั้นนำไปสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ดำเนินการโดยใช้กับผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี โดยทดลองใช้เป็นระยะเวลา 2 เดือน

ระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง ผู้วิจัยประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง ภายหลังจากการใช้รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ที่ถูกพัฒนาขึ้น โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกับการศึกษาในระยะที่ 3 ประชากร ประชากรในการศึกษาระยะที่ 3 คือ ประชาชนในอำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี จำนวน 80,865 คน (ที่มา: กรมการปกครอง)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี จำนวน 45 คน กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .95 ระดับนัยสำคัญ .05 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.50 จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติให้เป็นผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองทั้งเพศชาย เพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโคกสำโรง จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ที่ถูกพัฒนาขึ้น (หมายเหตุ: รอผลการศึกษาในระยะที่ 1)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรีที่ถูกพัฒนาขึ้น คือ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต เป็นแบบประมาณค่า 5 ช่วงชั้น โดยผู้วิจัยดำเนินการสร้างแบบประเมินฯ ผ่านการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแบบประเมินมี 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 แบบประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี เป็นแบบประมาณค่า 5 ช่วงชั้น (Likert scale)

ตอนที่ 3 แบบประเมินเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาล โคกสำโรง จังหวัดลพบุรี เป็นแบบประมาณค่า 5 ช่วงชั้น (Likert scale)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เป็นผู้พิจารณาและหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความในการประเมินกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์ค่า IOC ในแต่ละข้อต้องอยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 (อรรถเดช สรสุชาติ และ รณิดา มนต์ขลัง, 2567) จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อความสมบูรณ์

2. นำแบบประเมินที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำคำตอบที่ได้จากแบบประเมินมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ตามวิธีการของครอนบาค โดยกำหนดเกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าไว้ไม่ต่ำกว่า 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบประเมินให้กับอาสาสมัครก่อนการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรีที่ถูกพัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้มีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอน โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา โครงการวิจัย และ ขอคำยินยอมจากผู้เข้ารับการวิจัย ซึ่งผู้เข้ารับการวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา และข้อมูลระดับบุคคลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ในการวิจัยนี้เท่านั้น และการวิจัยนี้จะเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เลขที่ KNH 69/2568

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาสภาพปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง และความต้องการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี การศึกษาสภาพปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง และความต้องการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ผู้วิจัยดำเนินการโดยศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยร่วมกับการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 66.70 และเพศหญิงร้อยละ 33.30 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 35.60 รองลงมามีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.30 และร้อยละ 60.00 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 42.20 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป

ระดับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M=4.19, S.D.=1.078) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ปัญหาเกี่ยวกับ

ความต่อเนื่องของการเยี่ยมบ้านหรือดูแลที่บ้านอยู่ในระดับมากที่สุดและมีค่าเฉลี่ยในลำดับสูงสุด (M= 4.64, S.D.=1.090) รองลงมา คือ ปัญหาเกี่ยวกับจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ต่อจำนวนผู้ป่วย (M= 4.47, S.D.=1.014) และปัญหาเกี่ยวกับอุปกรณ์และเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (M=4.40, S.D.=1.053) ตามลำดับ

ระดับความต้องการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M=3.88, S.D.=.695) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ความต้องการการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยหายใจหรือออกซิเจนอยู่ในระดับมากและมีค่าเฉลี่ยในลำดับสูงสุด (M=4.16, S.D.=.796) รองลงมา คือ ความต้องการการมีแผนการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (M=4.09, S.D.=.633) และความต้องการการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างชัดเจน (M=4.07, S.D.=.654) ตามลำดับ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ดำเนินการโดยนำข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหา และความต้องการในการศึกษาระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกับแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การยกร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ซึ่งสามารถยกร่างได้ดังนี้

1. ชื่อรูปแบบ

“COPD Care Model แบบบูรณาการชุมชน: โคกสำโรงโมเดล”

2. วัตถุประสงค์ของรูปแบบ

2.1 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองแบบองค์รวม

2.2 เพื่อชะลอการดำเนินโรค ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.3 เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับโรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัว

3. องค์ประกอบของรูปแบบ

3.1 การคัดกรองและวินิจฉัยโรค

3.1.1 ใช้แบบคัดกรองโรคถุงลมโป่งพองตามแนวทางของกรมควบคุมโรค

3.1.2 ตรวจสมรรถภาพปอด (Spirometry) และประเมินระดับความรุนแรงของโรค

3.2 การรักษาทางการแพทย์

3.2.1 การให้ยาตามแนวทาง GOLD Guideline

3.2.2 การฝึกหายใจ การกายภาพบำบัดทรวงอก

3.2.3 การติดตามผลสุขภาพเป็นระยะทุก 1-3 เดือน

3.3 การดูแลด้านพยาบาล

3.3.1 จัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วย (COPD Passport)

3.3.2 จัดกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วย เช่น คลินิกโรคเรื้อรัง, COPD Club

3.3.3 ให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกบุหรี่ การควบคุมสิ่งกระตุ้น การใช้ยาสูดพ่นอย่างถูกต้อง

3.4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

3.4.1 อสม. เยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำตามแนวทางของโรงพยาบาล

3.4.2 มี “อสม. Buddy” คอยดูแลผู้ป่วยรายสำคัญในพื้นที่

3.4.3 จัดการอบรมให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย

3.5 การส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง

3.5.1 กำหนดระบบส่งต่อจาก รพ.สต. สู่รพ.โคกสำโรง และโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เมื่อมีภาวะรุนแรง

3.5.2 มีระบบติดตามผู้ป่วยหลุดการรักษา (Drop-out System)

3.5.3 มีช่องทางการปรึกษาออนไลน์ผ่านไลน์กลุ่ม “COPD Care โคกสำโรง”

4. กลไกการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 กลไกการดำเนินงาน

ขั้นตอน	หน่วยงานรับผิดชอบ	รายละเอียด
คัดกรอง	รพ.สต. / อสม.	ใช้แบบสอบถาม, รายงานผลสู่โรงพยาบาล
วินิจฉัยและรักษา	แพทย์ รพ.โคกสำโรง	ตรวจ Spirometry และกำหนดยาการรักษา
ติดตามและดูแล	พยาบาล / อสม.	เยี่ยมบ้าน, นัดพบแพทย์ตามรอบ
ฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพ	นักกายภาพ / เภสัช / พยาบาล	สอนการหายใจ, เทคนิคใช้อุปกรณ์

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรีที่ถูกพัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในระดับมาก (M=3.91, S.D.=.658) และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากเช่นกัน (M=3.85, S.D.=.703)

การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ดำเนินการโดยใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี จำนวน 45 คน ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยฯ ก่อนการทดลองแล้วจึงทดลองเป็นระยะเวลา 2 เดือน

พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลองของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=3.19, S.D.=1.088) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าพฤติกรรมการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียดอยู่ในระดับมากและมีค่าเฉลี่ยในลำดับที่สูงสุด (M=3.64, S.D.=1.090) รองลงมาคือพฤติกรรมรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ (M=3.47, S.D.=1.014) และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่มีฝุ่น ควัน หรือกลิ่นรุนแรงมีค่าเฉลี่ยในลำดับสุดท้าย (M=2.89, S.D.=1.112)

ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง

ผู้วิจัยประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง ภายหลังจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี ที่ถูกพัฒนาขึ้น

พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M=3.87, S.D.=.736) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า พฤติกรรมการสื่อสารกับครอบครัวหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการของตนอยู่ในระดับมากและมีค่าเฉลี่ยในลำดับที่สูงสุด (M=4.16, S.D.=.796) รองลงมาคือพฤติกรรมมาพบแพทย์ตามนัดหมายทุกครั้ง (M=4.09, S.D.=.633) และพฤติกรรมรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอมีค่าเฉลี่ยในลำดับสุดท้าย (M=3.64, S.D.=1.090)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M=3.84, S.D.= .890) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านสุขภาพใจโดยเฉพาะความรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย ไม่เครียดกับโรคของตนมีค่าเฉลี่ยในลำดับสูงสุดและอยู่ในระดับมาก (M=4.16, S.D.=.796) รองลงมา คือ สัมพันธภาพทางสังคมในด้านครอบครัวให้การสนับสนุนอย่างดี (M=4.09, S.D.=.633) และด้านสุขภาพกาย

โดยเฉพาะความไม่รู้สึกเหนื่อยล้าง่ายจากการเคลื่อนไหวเล็กน้อย (M=4.07, S.D.=.654)

ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองจำนวน 45 คน มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลอง (M = 3.87, S.D. = 0.74) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 3.19, S.D. = 1.09) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่า t = 6.52 และค่าองศาอิสระ (df) เท่ากับ 44 ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการทดลองส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองจำนวน 45 คน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.73 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ One Sample t-test โดยกำหนดค่าเกณฑ์เปรียบเทียบเท่ากับ 3.51 พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.68$, $df = 44$, $p < .001$)
เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยทั้งหมดผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลในประเด็นที่เป็นสาระสำคัญ ดังนี้ ผลการวิจัยพบว่า ระดับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความไม่ต่อเนื่องของการเยี่ยมบ้านหรือการดูแลที่บ้าน รองลงมา ได้แก่ ปัญหาด้านจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ต่อจำนวนผู้ป่วย และปัญหาด้านอุปกรณ์และเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผลดังกล่าว สอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริรัตน์ นฤมิตร[2] ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคถุงลมโป่งพองในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าปัญหาสำคัญของระบบบริการ คือ การขาดความต่อเนื่องของการดูแลหลังจำหน่าย และข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากร ส่งผลให้การติดตามอาการและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม สอดคล้องกับอุรส สิงห์งาม[3]รายงานว่า โรงพยาบาลชุมชน ที่ให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักประสบปัญหาภาระงานสูง บุคลากรจำกัด และการดูแลส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นการรักษาในสถานพยาบาลมากกว่าการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่าปัญหาการดูแลที่บ้านมีระดับสูงที่สุด กล่าวโดยสรุป ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดทางทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา โดยแสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ และการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย สามารถช่วยลดปัญหาการดูแล เพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเอง และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) การวิจัยครั้งต่อไปควรขยายการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น หรือดำเนินการในหลายโรงพยาบาล เพื่อ เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน และเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยในระดับกว้าง

2) การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองหลังการใช้รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ปี 2566. กรมควบคุมโรค. เข้าถึงจาก https://ddc.moph.go.th

2.สิริรัตน์ นฤมิตร. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และโรคถุงลมโป่งพองของโรงพยาบาลยางตลาดอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. Journal of Health and Environmental Education, 6(3). 63-69.

3.อุรส สิงห์งาม. (2563). การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13(1). 220-229.

4.ดารารัตน์ จันทา. (2562). ภาพสุขภาพจิตสังคมผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดและโรคถุงลมโป่งพอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ในการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20. วันที่ 15 มีนาคม 2562 ณ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

5.World Health Organization. (2023). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Key facts. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive pulmonary-disease-(copd)

ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้สูงอายุอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

Effectiveness of a Health Belief Model–Based Intervention on Pneumonia Infection Prevention Behaviors among Community-Dwelling Older Adults in Ban Phai District, Khon Kaen Province.

(Received: March 13,2026 ; Revised: March 19,2026 ; Accepted: March 23,2026)

ยุภาพร ยะอูป[1]
Yupaporn Ya-oop[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน กลุ่มควบคุม 28 คน เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโดยใช้สถิติ Paired t – test และ Independence T – Test เนื่องจากผลการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro–Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$)

ผลการศึกษา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบภายในกลุ่มทดลองและหลังก่อนทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ความเชื่อด้านสุขภาพ, สูงอายุ, โรคปอดอักเสบ

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of a health belief promotion program on pneumonia infection prevention behaviors among elderly people in the community of Ban Phai District, Khon Kaen Province. The sample consisted of elderly patients with pneumonia who were admitted as inpatients at Ban Phai Hospital, Ban Phai District, Khon Kaen Province. The sample size was determined using the G*Power program, yielding a total of 56 participants, with 28 individuals in the experimental group and 28 in the control group. Participants were selected using purposive sampling.

Data were collected using the Health Belief Questionnaire, Self-Efficacy Perception Questionnaire, and Pneumonia Infection Prevention Behavior Questionnaire for community settings. The Cronbach's alpha coefficients were .76, .82, and .92, respectively. Data analysis of health beliefs, self-efficacy perception, and infection prevention behaviors within the experimental and control groups before and after the intervention was conducted using paired t-tests and independent t-tests. The Shapiro–Wilk test indicated that the data were normally distributed ($p > .05$).

The study results showed that health beliefs, perceived self-efficacy, and community-based pneumonia prevention behaviors among elderly pneumonia patients in the experimental group (before and after the intervention) were significantly better than in the control group (before and after the intervention) at a statistical significance level of 0.05.

Keywords: Health Belief Model, Community-Dwelling Older Adults, pneumonia.

[1] โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราป่วยและอัตราตายทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีความเสื่อมของระบบภูมิคุ้มกันและความสามารถในการปรับตัวทางสรีรวิทยาลดลง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว หรือการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งนำไปสู่การเข้ารับการรักษาซ้ำและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น[1,2] ในบริบทของโรคปอดอักเสบในชุมชน (Community-acquired pneumonia) แม้การรักษาทางการแพทย์จะมีประสิทธิภาพสูงขึ้น แต่การป้องกันยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถลดการเกิดโรคและการกลับเป็นซ้ำได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เช่น การปฏิบัติตามแผนการรักษา การดูแลสุขอนามัย การออกกำลังกาย และการรับวัคซีน อย่างไรก็ตาม งานวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งยังขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันยังไม่เหมาะสม [3] พฤติกรรมสุขภาพไม่ได้เกิดจากความรู้เพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากกระบวนการรับรู้ ความเชื่อ และแรงจูงใจภายในบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค รวมถึงสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ [4,5] นอกจากนี้ แนวคิด Social Cognitive Theory ของ Bandura ยังเสนอว่า self-efficacy หรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดการเริ่มต้นและความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ [6]

โดยจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพิ่มจากประมาณ 231,105 รายในปี พ.ศ.2565 เป็น 294,322 รายในปี พ.ศ.2566 และเพิ่มสูงขึ้นถึง 398,201 รายในปี พ.ศ.2567 ซึ่งสะท้อนแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในช่วง 3 ปีล่าสุด[7] ในบริบทประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วงร้อยละ 12–30 ซึ่งสะท้อนถึงความรุนแรงของโรคและความจำเป็นในการป้องกันในระดับชุมชน (Thai hospital study) โดยผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญสูงสุดในการป้องกันโรคปอดอักเสบ เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตและความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ ≥80 ปี ซึ่งมีความเสี่ยงเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มวัยอื่นอย่างชัดเจน[8] นอกจากนี้โรคปอดอักเสบยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ[9] และมีหลักฐานสนับสนุนว่าภาวะการเสื่อมถอยตามวัยส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกแย่ลงอย่างมีนัยสำคัญ [10] อย่างไรก็ตามผลกระทบของโรคปอดอักเสบไม่ได้จำกัดเฉพาะด้านสุขภาพของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเพิ่มภาระต่อระบบบริการสุขภาพ โดยพบว่าผู้ป่วยมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.09 วัน และมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 8,724.05 บาทต่อราย ส่งผลให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล เพิ่มภาระงานบุคลากร และสร้างภาระทางเศรษฐกิจต่อครอบครัวและประเทศ ดังนั้นการพัฒนาแนวทางป้องกันที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดอัตราการป่วย การเสียชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ [11, 12]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประยุกต์ใช้ HBM ร่วมกับ Social Cognitive Theory สามารถช่วยออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยง สร้างแรงจูงใจ และเสริมพลังอำนาจให้ผู้รับบริการ ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน[5,6] ตัวอย่างเช่น การศึกษาด้านการป้องกัน COVID-19 และการดูแลโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุพบว่าโปรแกรมที่พัฒนาบนพื้นฐานความเชื่อด้านสุขภาพสามารถเพิ่มระดับการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ[13] การรับรู้ความรุนแรงของโรค

และประโยชน์ของการป้องกันโรคพบว่าส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือโรคติดเชื้อในระดับต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ [14,15] อย่างไรก็ตามการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้บูรณาการกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างเป็นระบบเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในบริบทโรงพยาบาลชุมชนไทย

เห็นได้ว่า แม้ว่าการรักษาโรคปอดอักเสบในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางการแพทย์และสามารถลดความรุนแรงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังคงพบปัญหาสำคัญในช่วงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ส่งผลให้การปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกัน เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การดูแลสุขอนามัย การออกกำลังกาย และการเข้ารับวัคซีน ยังอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ปัญหาดังกล่าวนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำของโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำที่เพิ่มขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดภาระต่อระบบบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุยังเผชิญข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคที่ไม่เพียงพอ ความเชื่อด้านสุขภาพที่คลาดเคลื่อน การขาดแรงจูงใจภายใน และระดับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ต่ำ ส่งผลให้แม้ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลความรู้จากบุคลากรสาธารณสุข แต่ยังไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างแท้จริง จึงสะท้อนถึงช่องว่างระหว่างการรักษาทางการแพทย์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้สูงอายุประกอบกับในบริบทของอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นในปี 2567 มีอัตราการเกิดโรคปอดอักเสบซ้ำสูงถึงร้อยละ 37 มีค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อรายสูงถึง 12,000 บาท ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง และระยะเวลาในการนอนเฉลี่ยสูงถึง 6 วัน จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผลจากการศึกษาจะนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุและลดภาระโรคในระดับชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

2. เพื่อศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบกลุ่มทดลอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบของกลุ่มทดลอง หลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งมีการวัดก่อนทดลองก่อนเริ่มโปรแกรมครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 และหลังทดลองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นระหว่างเดือนกุมภาพันธ์- พฤษภาคม 2568 ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive random sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ (significant level) α= .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่.80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) d = .80 (ขนาดกลาง) อ้างอิงงานวิจัยของวรารัตน์ เหล่าสุง และคณะ[16] ได้กลุ่มตัวอย่าง 51 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Polit & Beck)[17] ดังนั้นในการศึกษานี้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 56 คน กำหนดเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า

1. เป็นผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่รับบริการแบบผู้ป่วยใน (Inpatient) มีระยะที่อาการคงที่ ไม่มีภาวะฉุกเฉิน และอยู่ในแผนการเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน
2. มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ต่ำกว่า 3.66
3. มีอายุตั้งแต่ 60 – 75 ปี
4. สามารถเรียนรู้และปฏิบัติตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายได้
5. มีบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างน้อย 1 คนที่สามารถให้การดูแล สนับสนุน และช่วยติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้านได้
6. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ สามารถตอบแบบสอบถาม และซักถามข้อสงสัยกับผู้วิจัย/พยาบาลได้อย่างชัดเจน
7. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent) ด้วยความสมัครใจ
8. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการติดตามและประเมินผลตามแผนการวิจัยได้ พร้อมให้ความร่วมมือในการติดตามผลหลังจำหน่าย
9. มีค่า Oxygen saturation (SpO_2) อยู่ในเกณฑ์คือ 92 – 94% ขณะพัก และ 94 – 96% ขณะให้ออกซิเจนเสริม

เกณฑ์ในการคัดออก

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จากโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือ sepsis ที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง
2. เข้าร่วมโครงการไม่ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการเป็นโรคปอดอักเสบ และประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันปอดอักเสบ
2. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพโดยผู้วิจัยใช้ แบบสอบถามของ ศศิธร เซ่งยู่ฮวด[15] มีจำนวน 13 ข้อ โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ค่าคะแนนตั้งแต่ 4.20 - 5.00
หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ค่าคะแนนตั้งแต่ 3.40 - 4.19
หมายถึง เห็นด้วย
ค่าคะแนนตั้งแต่ 2.60 - 3.39
หมายถึง ไม่แน่ใจ
ค่าคะแนนตั้งแต่ 1.80 - 2.59
หมายถึง ไม่เห็นด้วย
ค่าคะแนนตั้งแต่ 1.00 - 1.79
หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ สำหรับการจัดกลุ่มได้แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[15] ผู้วิจัยแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1-2.33 คะแนน ถือว่าคะแนนอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 คะแนน ถือว่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.0 คะแนน ถือว่าคะแนนอยู่ในระดับสูง

3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้วิจัยใช้ แบบสอบถามของ ศศิธร เซ่งยู่ฮวด[15] มีจำนวน 10 ข้อ โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ค่าคะแนนตั้งแต่ 4.20 - 5.00 หมายถึง เชื่อมั่นมากที่สุด

ค่าคะแนนตั้งแต่ 3.40 - 4.19 หมายถึง เชื่อมั่นมาก

ค่าคะแนนตั้งแต่ 2.60 - 3.39 หมายถึง เชื่อมั่นปานกลาง

ค่าคะแนนตั้งแต่ 1.80 - 2.59 หมายถึง เชื่อมั่นน้อย

ค่าคะแนนตั้งแต่ 1.00 - 1.79 หมายถึง ไม่มั่นใจเลย

การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ สำหรับการจัดกลุ่มได้แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[15] ผู้วิจัยแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง1-2.33 คะแนน ถือว่าคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 คะแนน ถือว่าคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง3.67-5.0 คะแนน ถือว่าคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับสูง

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยใช้ แบบสอบถามของ ศศิธร เซ่งยู่ฮวด[15] มีจำนวน 10 ข้อ โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ค่าคะแนนตั้งแต่ 4.20 - 5.00 หมายถึง ปฏิบัติทุกวัน

ค่าคะแนนตั้งแต่ 3.40 - 4.19 หมายถึง 4-5 วันต่อสัปดาห์

ค่าคะแนนตั้งแต่ 2.60 - 3.39 หมายถึง 2-3 วันต่อสัปดาห์

ค่าคะแนนตั้งแต่ 1.80 - 2.59 หมายถึง 1 วันต่อสัปดาห์

ค่าคะแนนตั้งแต่ 1.00 - 1.79 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ สำหรับการจัดกลุ่มได้แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[15] ผู้วิจัยแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1-2.33 คะแนน ถือว่าคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 คะแนน ถือว่าคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.0 คะแนน ถือว่าคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยประยุกต์จากโปรแกรมของศศิธร เซ่งยู่ฮวด [15] โดยจัดกิจกรรมตามองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 กิจกรรม ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ ดำเนินการภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นใช้เวลาประมาณ 20 นาที โดยผู้วิจัยเริ่มจากการกล่าวทักทายและสร้างสัมพันธภาพ จากนั้นดำเนินกิจกรรมรายบุคคลตามโปรแกรม ได้แก่ การให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอักเสบ พร้อมนำเสนอผลการประเมินเป็นรายบุคคลเพื่อกระตุ้นการสะท้อนคิดและการรับรู้ความเสี่ยง นำเสนอสื่อโปสเตอร์เรื่อง “รู้ทันกันโรคปอดอักเสบ” เพื่อ

ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรค ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรค รวมถึงร่วมวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำและภาวะแทรกซ้อน พร้อมมอบแผ่นพับคู่มือการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและนัดหมายการติดตามในสัปดาห์ถัดไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการกระตุ้นเตือน โดยผู้วิจัยเข้าพบที่คลินิกโรคทางเดินหายใจ หรือโทรติดตามในกรณีที่ไม่มาตามนัด ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ดำเนินการประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง ทบทวนความรู้จากแผ่นพับ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรค ชวนให้วิเคราะห์และสะท้อนคิดถึงการปฏิบัติของตนเอง ทบทวนปัญหาและอุปสรรคที่พบ พร้อมร่วมกันวางแผนแก้ไข กระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เปิดโอกาสให้ซักถาม และนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 3 (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล) เป็นกิจกรรมส่งเสริมการลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยผู้วิจัยเข้าพบที่คลินิกโรคทางเดินหายใจหรือโทรติดตาม ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ดำเนินการประเมินความพร้อม สอบถามและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ทบทวนความรู้ตามคู่มือ และกระตุ้นเตือนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย การล้างมือ การใช้หน้ากากอนามัย การหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด และการปฏิบัติตามแผนการรักษา พร้อมให้กำลังใจและนัดหมายครั้งถัดไป

กิจกรรมครั้งที่ 4 เป็นการสรุปผลการดำเนินโปรแกรม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคทางเดินหายใจ ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้กำลังใจและชื่นชมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากนั้นให้ตอบแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอักเสบเพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม และแจ้งสิ้นสุดการเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถมาตามนัดได้ ผู้วิจัยดำเนินการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อประเมินผลแทน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเสนอแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้สูงอายุต่อผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัย 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคในชุมชน 1 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและครอบคลุมของข้อคำถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการทดสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) กำหนดค่าที่ยอมรับได้ไม่ต่ำกว่า 0.8 (Polit & Beck, 2017)[17] โดยวิเคราะห์ค่า IOC (Index of Item – Objective Congruence) และแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ได้ค่าเท่ากับ .92, .86 และ .88 ตามลำดับผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคปอดอักเสบในชุมชนในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbachเท่ากับ .76, .82 และ .92 ตามลำดับ

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลองโดยใช้สถิติ Paired t – Test เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันการติด

เชื้อระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro–Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$) จึงเลือกใช้สถิติ independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยยึดหลักความเคารพในบุคคล คำนึงและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มีอิสระในการตัดสินใจและให้ยินยอม ให้ความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2568 โครงการวิจัย เลขที่ HE6802002

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 56 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 51.79 และเพศหญิง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 48.21 โดยการกระจายตัวของเพศในทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน

ด้านอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 46.43 รองลงมา คือช่วงอายุ 41–60 ปี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 41.07 และช่วงอายุ 18–40 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 ซึ่งสะท้อนลักษณะของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่พบได้มากในผู้สูงอายุ

ในส่วนของระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 44.64 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 33.93 และระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 21.43 ด้านสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 69.64 รองลงมาคือสถานภาพโสด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 16.07 และหม้ายหรือหย่า จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29

เมื่อพิจารณารายได้ต่อเดือน พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาคือรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 33.93 และรายได้มากกว่า 10,000 บาท จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 30.36

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติสูบบุหรี่ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 41.07 และไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 58.93 ขณะที่ประวัติการดื่มสุรา พบว่ามีผู้ดื่มสุรา จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 44.64 และไม่ดื่มสุรา จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 55.36 นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำ จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 69.64 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 80.36

โดยภาพรวม ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกันในด้านลักษณะทั่วไปก่อนการทดลอง

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังก่อนทดลอง

ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองหลังทดลอง (Mean= 4.35 , SD= 0.38) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean= 3.12, SD= 0.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ส่วนกลุ่มควบคุม หลังทดลอง (Mean= 3.15, SD= 0.42)

และก่อนการทดลอง (Mean= 3.10, SD= 0.44) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = .418

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า กลุ่มทดลองหลังทดลอง (Mean= 4.28, SD= 0.40) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean= 3.05, SD= 0.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .001 กลุ่มควบคุมหลังทดลอง (Mean= 3.08, SD= 0.46) และก่อนการทดลอง (Mean= 3.02, SD= 0.48) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = .355

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ พบว่า กลุ่มทดลองหลังทดลอง (Mean= 4.41, SD= 0.36) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean= 3.18, SD= 0.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .001 กลุ่มควบคุมหลังทดลอง (Mean= 3.20, SD= 0.43) และก่อนการทดลอง (Mean= 3.16, SD= 0.41) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = .509

3. ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนระหว่างผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง (Mean= 3.12 SD= 0.41) และกลุ่มควบคุม(Mean= 3.10, SD=0.44) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = .857 หลังทดลอง กลุ่มทดลอง (Mean= 4.35, SD=0.38) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean= 3.15, SD=0.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .001

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มทดลอง (Mean= 3.05, SD= 0.46) กลุ่มควบคุม(Mean= 3.02, SD=0.48) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = .818 หลังทดลอง กลุ่มทดลอง (Mean= 4.28, SD=0.40) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean= 3.08, SD=0.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .001

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มทดลอง (Mean= 3.18, SD= 0.39) กลุ่มควบคุม(Mean= 3.16, SD=0.41) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = .849 หลังทดลองกลุ่มทดลอง (Mean= 4.41,SD=0.36) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean= 3.20, SD=0.43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .001

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสมมติฐานที่ 1 พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญอภิปรายได้ว่า

1) ความเชื่อด้านสุขภาพที่สูงขึ้นอาจเป็นเพราะว่า กิจกรรมในโปรแกรมสามารถปรับเปลี่ยนโครงสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ โดยสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งอธิบายว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ การที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อปอดอักเสบและผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดการประเมินภัยคุกคาม (threat appraisal) ใหม่ ส่งผลให้ความตระหนักและทัศนคติต่อการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การเน้นประโยชน์ของพฤติกรรมและการช่วยลดอุปสรรคในการปฏิบัติยังช่วยเปลี่ยนสมดุลระหว่าง perceived benefits และ perceived barriers ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับปณวัตร สันประโคน และคณะ[18]ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับพรรณี ยาท้วม[19] ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดหลังได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง

การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค สูงกว่าก่อนทดลอง

2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy)

ผลการวิจัยที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง สะท้อนบทบาทสำคัญของ self-efficacy ในฐานะตัวแปรตัวกลาง (mediator) ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมจริง ตามแนวคิดของ Bandura การที่โปรแกรมมีการฝึกปฏิบัติจริง การให้ feedback และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ช่วยสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ (mastery experience) ซึ่งเป็นแหล่งสำคัญของการพัฒนา self-efficacy เมื่อผู้สูงอายุเชื่อว่าตนเองสามารถดำเนินพฤติกรรมป้องกันได้ ความตั้งใจในการปฏิบัติจะเพิ่มขึ้นและลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความสามารถของตน นอกจากนี้ self-efficacy ยังช่วยให้บุคคลคงพฤติกรรมสุขภาพไว้ในระยะยาว อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาว่าการเพิ่มขึ้นของ self-efficacy อาจขึ้นกับความต่อเนื่องของการสนับสนุน หากไม่มีการติดตามต่อเนื่อง ระดับความเชื่อมั่นอาจลดลงเมื่อเวลาผ่านไป สอดคล้องกับปณวัตร สันประโคน และคณะ[18] ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

3) พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชน (Preventive behaviors)

การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมป้องกันหลังการทดลองสะท้อนกระบวนการเปลี่ยนแปลงเชิงลำดับจากการรับรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง โดยเมื่อความเชื่อด้านสุขภาพและ self-efficacy เพิ่มขึ้น จะช่วยส่งเสริม intention และ behavioral enactment ตามกรอบแนวคิด HBM ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม พฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นอาจรวมถึงการดูแลสุขอนามัย การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติได้จริง อย่างไรก็ตาม ในเชิงวิพากษ์ ควรพิจารณาปัจจัยบริบท เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว วัฒนธรรมชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งอาจมีบทบาทร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรม นอกเหนือจากผลของโปรแกรมโดยตรง สอดคล้องกับอารีย์รัตน์ เปสูงเนินและคณะ[20] ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง สอดคล้องกับพรรณี ยาท้วม[19] ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดหลังได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสูงกว่าก่อนทดลอง

ผลการวิจัยสมมติฐานที่ 2 พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ ความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การแทรกแซงที่ออกแบบบนฐานทฤษฎีมีบทบาทสำคัญในการปรับการรับรู้และสร้างแรงจูงใจภายในที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1. ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมสามารถอธิบายได้ว่าการเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคช่วยกระตุ้นให้บุคคลประเมินภัยคุกคามด้านสุขภาพใหม่ (threat reappraisal) ส่งผลให้เกิดทัศนคติที่เอื้อต่อการป้องกันโรคมากขึ้น ขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอาจไม่ได้รับกระบวนการเรียนรู้เชิงโต้ตอบหรือการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง จึงมีระดับการเปลี่ยนแปลงด้านความเชื่อที่ต่ำกว่า สอดคล้องกับปณวัตร สันประโคน และคณะ[18] ที่พบว่า ผู้สูงอายที่ได้รับโปรแกรมการสร้าง

ความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอธิบายได้ว่า กิจกรรมที่เน้นการฝึกทักษะ การให้คำแนะนำ และการสนับสนุนเชิงสังคมในกลุ่มทดลองช่วยสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ (mastery experience) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนา self-efficacy ตามแนวคิดการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) เมื่อผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้มีความพร้อมในการนำความรู้ไปปฏิบัติจริง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ขาดประสบการณ์เชิงปฏิบัติและการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับปณวัตร สันประโคน และคณะ[18] ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

3. ด้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชน การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอธิบายได้ว่า การปรับความเชื่อด้านสุขภาพช่วยเพิ่มแรงจูงใจ ขณะที่การเพิ่ม self-efficacy ทำหน้าที่เป็นตัวกลางสำคัญที่เชื่อมโยงระหว่างความตั้งใจและการลงมือปฏิบัติจริง ส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถนำพฤติกรรมป้องกันไปใช้ได้อย่างต่อเนื่อง เช่น การดูแลสุขอนามัย การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ และการลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน สอดคล้องกับชไมพร จั่นจุ้ย[21] ที่พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด19) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นได้จริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์

บุคลากรที่ปฏิบัติการด้านการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในชุมชนควรนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกัน โรคปอดอักเสบในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้มีการจัดทำโปรแกรมในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แผ่นพับ การวิจัยครั้งต่อไปควรจัดทำคู่มือหรือ แอพพลิเคชั่นสำหรับสมาร์ท
โฟนตามความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารอ้างอิง

1.Niederman, M. S., & Torres, A. (2022). Severe community-acquired pneumonia. European Respiratory Review, 31(166), 220123. https://doi.org/10.1183/16000617.0123-2022

2.Weyand, C. M., & Goronzy, J. J. (2016). Immunosenescence and immune aging: mechanisms and clinical implications.

3.Barakat, A. M., & Kasemy, Z. A. (2020). Preventive health behaviors and health belief model constructs among older adults: Implications for infection prevention strategies. Journal of Public Health Research, 9(3), 1783. https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1783

4.Becker, 1974) Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. In M. H. Becker (Ed.), The health belief model and personal health behavior. Slack.

5.Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. Health Education Monographs, 2(4), 354–386.

6.Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman.

7.ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุขจังหวัด. ข้อมูลสถานะสุขภาพ/สาเหตุการป่วยตาย [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 22 ก.พ. 2568].

8.Suraseranivong R. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ GMSMJ [อินเทอร์เน็ต]. 7 พฤษภาคม 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2568];2(2):129-40. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/gmsmj/article/view/257677

9.Rujipas Sirijatuphat, Yupin Suputtamongkol, Nasikarn Angkasekwinai , Navin Horthongkham, Methee Chayakulkeeree, Pinyo Rattanaumpawan. Epidemiology, clinical characteristics, and treatment outcomes of patients with COVID-19 at Thailand's university-based referral hospital. Sirijatuphat et al. BMC Infectious Diseases (2021) 21:382 https://doi.org/10.1186/s12879-021-06081-z

10.Zhang, X., Author, Y., & Author, Z. (2024). Title of the article. Journal Name, volume(issue), page–page. https://doi.org/xxxxx

11. Sakboonyarat, B., Poovieng, J., Jongcherdchootrakul, K., Srisawat, P., Hatthachote, P., Mungthin, M., & Rangsin, R. (2022). Prevalence of hypertriglyceridemia among Royal Thai Army personnel and its related cardiometabolic risk factors, from 2017 to 2021. BMC Public Health, 22(1), 1569. https://doi.org/10.1186/s12889-022-13992-2

12.ชาติชาย สุภีแดน, เยาวรัตน์ มัชฌิม, เบญญพร บรรณสาร.(2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 14(3); 36-47

13.ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์ และพูนสุข ช่วยทอง. (2566) . ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน. วชิรสารการพยาบาล, 25(1), 26–38.

14.เพ็ญศรี หงส์พานิช. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 ของประชาชนจังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย. วารสารวิชาการสถาบันการจัดการแห่งแปซิฟิค, 7(3), 174-185.

15.ศศิธร เซ่งยู่ฮวด. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

16.วรารัตน์ เหล่าสูง. (2562). ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 12(4), 32-45.

17.Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (10th ed.). Wolters Kluwer.

18.อรนุช ชูศรี, ปณวัตร สันประโคน, ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล. (2568). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2561;34(3):77-88.

19.พรรณี ยาท้วม. (2567). ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข, 2(2), 94–104. สืบค้น จาก https://he03.tci-thaijo.org/index.php/AJHSD/article/view/2867

20.อารีย์รัตน์ เปสูงเนิน สุนิสา ค้าขึ้น, & นฤมล เปรมาสวัสดิ์(2025). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 19(2), 600–616. สืบค้น จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/273321

21.ชไมพร จั่นจุ้ย, วารี กังใจ, พรชัย จูลเมตต์. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ, 10(2); 196-207

การพัฒนาแอพพลิเคชั่นพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด NCDs ของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

Development of self-care behavior application to prevent NCDs among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak, Nakhon Sawan.

(Received: February 24,2026 ; Revised: February 26,2026 ; Accepted: March 14,2026)

นิสา ครุฑจันทร์[1] ดารารัตน์ อยู่เจริญ[2] รุ้งลาวัณย์ แก่นอาสา[3] รวินทร์นิภา สะอิ้ง[3]
ลลิตา บุระตะ[3] ลวิวรรณ ม่วงการ[3] วัชรินทร์ พุกนุ่น[3] วัฒนวงศ์ โตสี[3] ศศิประภา อ่างอินทร์[3] สโรชา ศรแก้ว[3]

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแอพพลิเคชั่นพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเพื่อป้องกันการเกิด NCDs ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ชั้นปีที่ 2 ถึง 4 ปีการศึกษา 2568 จำนวน 554 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แอพพลิเคชั่นพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด NCDs 2) แบบคัดกรองเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4) แบบประเมินความพึงพอใจการใช้แอพพลิเคชั่นพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด NCDs ผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เท่ากับ 1, 1, และ 1 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ ดังนี้ แบบคัดกรองเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เท่ากับ 1, 1, และ 1 ตามลำดับ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแบบประเมินความพึงพอใจการใช้แอพพลิเคชั่นพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด NCDs เท่ากับ 1, 1, และ 1 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าใช้แอพพลิเคชั่นพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเพื่อป้องกันการเกิด NCDs กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.53 ความพึงพอใจการใช้แอพพลิเคชั่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนเข้าใช้แอพพลิเคชั่น ($p < 0.01$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี, แนวคิด สบช. โมเดล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to develop a self-care behavior application and NCD prevention for nursing students. The sample consisted of 554 nursing students from Boromarajonani College of Nursing, Sawan Pracharak, Nakhon Sawan, in their second to fourth years, academic year 2025. The research instruments were 1) a self-care behavior application for NCD prevention, 2) a screening form for NCDs 3) a questionnaire on knowledge about chronic diseases, and 4) a satisfaction assessment form for using the self-care behavior application for NCD prevention. Content validity was assessed by three experts at 1, 1, and 1, respectively. The reliability of the test was as follows: the screening form for NCDs was 1, 1, and 1, respectively; the questionnaire on knowledge about chronic diseases; and the satisfaction assessment form for using the self-care behavior application for NCD prevention were 1, 1, and 1, respectively.

The research results revealed that after using the application, the sample group had a mean score of 8.53 on knowledge, attitude, and behaviors for preventing chronic noncommunicable diseases. Their satisfaction with the application was 4.46, a statistically significant increase compared to before using the application
($p < 0.01$).

---

[1] อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

[2] อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ corresponding e-mail Nisa@bcnsprnw.ac.th

[3] นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

Keywords: health promotion behavior, chronic noncommunicable diseases, 7-color traffic ping pong, concept of the NBTC model.

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยมีสถิติโรคไม่ติดต่อ 4 โรค ประกอบด้วย โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง มีแนวโน้มลดลง จาก 131.79 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 112.76 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2561 คิดเป็นอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงร้อยละ 14.44 เมื่อพิจารณาความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลัก ในกลุ่มอายุ 30 - 69 ปี พบว่า มีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน จากร้อยละ 14.75 ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 12.70ในปี พ.ศ. 2561 คิดเป็นอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงร้อยละ 13.89 เมื่อพิจารณารายโรคร่วมกับปีที่มีการเสียชีวิต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 - 2561 พบว่าความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตสูงที่สุดในโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โดยความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2561 เท่ากับ ร้อยละ 7.3, ร้อยละ 4.0, ร้อยละ 1.3,และร้อยละ 0.6 ตามลำดับ[1,2]

จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2551 - 2552 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2562 - 2563 คิดเป็นการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 37.68 เช่นเดียวกันกับความชุกซองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2551 - 2552 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ. 2562 - 2563 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.69 จากฐานข้อมูลระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2558 - 2566 พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานรายใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 - 2560 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีอัตราลดลง ในปี พ.ศ. 2561 - 2563 และกลับมาเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2564 – 2566 เช่นเดียวกันกับอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ซึ่งมีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางเดียวกัน [1,2]

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของจังหวัดนครสวรรค์จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน (รายกลุ่มอายุ15-59 ปี) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ5.39 ในปี พ.ศ.2563 เป็นร้อยละ 5.54 ในปี พ.ศ.2565 และอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 12.44 ในปีพ.ศ.2563 เป็นร้อยละ 12.36 ในปี พ.ศ.2565 ซึ่งสอดคล้องกับ ข้อมูลผลการตรวจสุขภาพของกลุ่มผู้ประกันตนซึ่งส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในสถานประกอบการและโรงงานที่เข้ารับบริการตรวจ สุขภาพประจำปี ของคลินิกอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่า อัตราป่วยด้วย โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.24 ในปี พ.ศ.2563 เป็นร้อยละ 1.32 ในปี พ.ศ.2565 และโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ 2.87 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 3.26 ในปี พ.ศ.2565 [3]

ประชากรเป็นนักศึกษาในวิทยาลัยบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ เนื่องจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ มีการจัดกิจกรรม สบช.โมเดล โดยมีการวัดความดัน วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก ซึ่งทำให้พบว่า มีนักศึกษาที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยมีจำนวนนักศึกษาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ดังต่อไปนี้ นครสวรรค์จำนวนนักศึกษาปี 2-4 จำนวน 554 คน มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานและประเมินความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจากข้อมูลสุขภาพนักศึกษาประจำปี 2568 โดยมีการประเมิน ดังนี้ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 นักศึกษาจำนวน 190 คน เกณฑ์แบ่งตามดัชนีมวลกายดังนี้

อ้วนมาก 6.84% ,โรคอ้วน 17.89%,น้ำหนักเกิน 9.47% ,น้ำหนักปกติ 49.47% ,น้ำหนักน้อย 16.32% และไม่ทราบข้อมูล 0.53% นักศึกษาจำนวน 190 คน เกณฑ์แบ่งตามความดันโลหิตดังนี้ สีขาว 79.47% ,สีเขียวอ่อน 19.47% ,สีเหลือง 0.53% และไม่ทราบข้อมูล 0.53% นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 นักศึกษาจำนวน 179 คน เกณฑ์แบ่งตามดัชนีมวลกายดังนี้อ้วนมาก 9.50% ,โรคอ้วน 12.30% ,น้ำหนักเกิน 7.82% , น้ำหนักปกติ 43.58% ,น้ำหนักน้อย 20.11% และไม่ทราบข้อมูล 0.56% นักศึกษาจำนวน 179 คน เกณฑ์แบ่งตามความดันโลหิตดังนี้สีขาว 69.27% , สีเขียวอ่อน24.02% และไม่ทราบข้อมูล 6.70% นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 นักศึกษาจำนวน 184 คน เกณฑ์แบ่งตามดัชนีมวลกายดังนี้ อ้วนมาก 5.98% ,โรคอ้วน 11.41% ,น้ำหนักเกิน 8.70% ,น้ำหนักปกติ39.13% ,น้ำหนักน้อย 19.02% และไม่ทราบข้อมูล 15.76% นักศึกษาจำนวน 184 คน เกณฑ์แบ่งตามความดันโลหิตดังนี้ สีขาว 67.93% ,สีเขียวอ่อน 16.30% และไม่ทราบข้อมูล 15.76%

ด้วยสังคมที่มีเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลง การใช้ชีวิตปัจจุบันเลยต้องเปลี่ยนตามปัญหาสุขภาพที่มาพร้อมกับความเครียด การทานอาหารที่ไม่สมดุล และการขาดการออกกำลังกายกลายเป็นเรื่องที่ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ หนึ่งในปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มมากขึ้นในปัจจุบัน คือ NCDs หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากการดำเนินชีวิตที่ไม่ดี เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคอ้วน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง แม้จะเป็นโรคที่ค่อย ๆ ก่อตัวขึ้นในร่างกายและไม่สามารถมองเห็นได้ในทันที แต่ผลกระทบที่ได้รับนั้น อาจทำให้สุขภาพร่างกายเราเปลี่ยนแปลงไปตลอดกาล [5,6]

วิทยาลัยบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ มีวิสัยทัศน์มีการจัดการสภาวะสุขภาพเรื้อรังตามนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนก ตามพันธกิจและมี กลไกในการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะชุมชน (สบช.โมเดล) ได้จัดโครงการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนโดยนำนโยบายปิงปองจราจรชีวิต 7 สี มาเป็นเครื่องมือหลักในการดำเนินงานเฝ้าระวังควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง [7,8] โดยใช้หลักการคัดกรองผู้ป่วย ควบคู่กับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลและสร้างความตระหนักรายบุคคล [9,10] โดยกำหนดมาตรการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส [11] ใช้แนวทางของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย [12] พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมการดื่มสุรา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ [13,14]

วิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมทางการพยาบาลและสุขภาพ บริการวิชาการแก่สังคม เพื่อสุขภาวะชุมชนและสุขภาพโลก [15,16] ภาวะสุขภาพเรื้อรัง (Chronic health condition) หมายถึง ภาวะที่มีความเสื่อมถอยของสุขภาพเรื้อรัง อันเนื่องมาจากโรคเรื้อรัง หรือสูงอายุทำให้ไม่สามารถมีชีวิตได้ตามปกติ ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน ต้องการการดูแลในการเตรียมพร้อมให้ยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงและข้อจำกัดที่จะเกิดขึ้นกับชีวิต โดยใช้กลวิธีในการจัดการกับอาการ และการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต ของตนเอง ครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ครอบคุลมการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพ การจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน/การจัดการให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข [17] ซึ่งต้องอาศัยการดูแลที่ต่อเนื่อง ด้วยเครือข่ายและสหวิชาชีพ และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ [18] และมีการจัดการสุขภาพเรื้อรัง (Chronic health management) หมายถึง การบริหารจัดการของพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้มีภาวะสุขภาพเรื้อรัง มีความรู้ความเข้าใจในบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วย ด้วยการตั้งเป้าหมาย วางแผน ตัดสินใจเกี่ยวกับ

การดูแลรวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เก็บรวบรวมและประมวลข้อมูลและสะท้อนผลการดูแลของตนเองโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ทั้งนี้โดยให้ผู้ที่มีภาวะสุขภาพเรื้อรัง ใช้แนวคิด Self-management/ Self efficacy ส่วนพยาบาลและทีมสุขภาพใช้แนวคิด Self management support/ Family and community participation / Case management/Empowerment

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแอพพลิเคชั่นพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคNCDs[19] ของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสอดคล้อง กับบริบทของวิทยาลัยพยาบาล[20] เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาให้สามารถปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครอบครัวและชุมชนเพื่อก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี[17]

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแอพพลิเคชันพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิด สบช. โมเดล ต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังการใช้แอพพลิเคชันพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิด สบช. โมเดล

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังการใช้แอพพลิเคชันพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิด สบช. โมเดล

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังการใช้แอพพลิเคชันพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิด สบช. โมเดล

4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อการใช้งานแอพพลิเคชั่น

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาลหลังการใช้แอพพลิเคชั่นพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด NCDs สูงกว่าก่อนการใช้แอพพลิเคชั่นพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด NCDs

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการใช้แอพพลิเคชั่นพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด NCDs ของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างเดือนมิถุนายน 2568 - เดือนกันยายน 2568[8,19] ผู้วิจัยนำแนวคิด สบช. โมเดล ร่วมกับเครื่องมือปิงปองจราจรชีวิต 7 สี และมีการปรับพฤติกรรม สุขภาพด้วยหลักการ 3อ 2ส [22] มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งแนวคิด สบช.โมเดล เป็นแนวคิดที่นำมาใช้ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และสมรรถนะในการจัดการสุขภาวะของตนเองให้มีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[20]มุ่งเน้นการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยใช้เครื่องมือปิงปองจราจรชีวิต 7 สี มาใช้ในการคัดกรองภาวะน้ำหนักเกินและความดันโลหิตสูง[21] โดยแบ่งเป็นระดับความรุนแรงจากค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งค่าดัชนีมวลกาย1 8.5-22.9 kg/m ระดับความดันโลหิต <120/80 mmHg เป็นกลุ่มสีขาว (ปกติ), 23-24.9 kg/m' , 120-139/80-89 mmHg เป็นกลุ่มสีเขียวอ่อน (เสี่ยง), 25-25.9 kg/m' , < 139/89 mmHg เป็นกลุ่มสีเขียวเข้ม, 30-34.9 kg/m' , 140-159/90-99 mmHg เป็นกลุ่มสีเหลือง , และ 35-39.9 kg/m' 160-179/100-109 mmHg เป็นกลุ่มสีส้ม (อันตราย), มากกว่าเท่ากับ 40

kg/m' >180/110 mmHg เป็นกลุ่มสีแดง (วิกฤต) และสีดำเป็นกลุ่มโรคอ้วนและมีโรคอื่นแทรกซ้อน การแบ่งระดับภาวะน้ำหนักเกินจะช่วยให้เกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคอ้วน และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ หลัก 3อ (อาหาร ออกกำลังกายอารมณ์) 2ส (ลดสุรา ลดบุหรี่)[22] เพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และความดันโลหิตสูง[23]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ปีการศึกษา 2568 ระหว่างเดือนสิงหาคม -ตุลาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2-4 ที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ปีการศึกษา 2568 จำนวน 554 คน โดยการคัดกรองความเสี่ยงการเกิด NCDs ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จัดทำขึ้นตามแนวคิด สบช.โมเดล และ “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” ใช้วัดพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความรู้ และทัศนคติของนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค NCDs[10]

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แอพพลิเคชัน

เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale 5 ระดับ) ครอบคลุมด้านเนื้อหา ความเข้าใจง่าย การใช้งานสะดวก ความเหมาะสม และประโยชน์ที่ได้รับ โดยกำหนดเกณฑ์คะแนน 1–5 (น้อยที่สุด–ดีมาก) และนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน[24]

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพ

เป็นแบบทดสอบคะแนนเต็ม 10 คะแนน ใช้วัดความรู้ก่อนและหลังการใช้แอพพลิเคชัน โดยแบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ระดับดีมาก (9–10 คะแนน) ดี (7–8 คะแนน) ปานกลาง (5–6 คะแนน) และควรปรับปรุง (<5 คะแนน)[2]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แอพพลิเคชัน และ 4) แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพนักศึกษาต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI) ได้เท่ากับ 1, 1, และ 1 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำมาตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือของแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยแบบคัดกรองเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เท่ากับ 1, 1, และ 1 ตามลำดับ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เท่ากับ 1, 1, และ 1 ตามลำดับ และแบบประเมินความพึงพอใจการใช้แอพพลิเคชั่นพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด NCDs เท่ากับ 1, 1, และ 1 ตามลำดับ[17]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

ประชุมทีมผู้วิจัยจัดทำข้อเสนอเพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับใบอนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้บริหารของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชา

รักษ์ นครสวรรค์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความ ร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นดำเนินการรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลอง

2.1 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.2 คัดกรองความเสี่ยง "ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี" ในกลุ่มนักศึกษา ชั้นปีที่ 1-4 โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดแบบเจาะปลายนิ้ว หลังจากนั้นนำมาจัดระดับความ รุนแรงตาม แนวคิด สบช. โมเดล "ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี"แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มปกติ (สีขาว) 2) กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) 3) กลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง) และ 4) กลุ่มโรคแทรกซ้อน (สีดำ)

2.3 คัดกรองภาวะอ้วน ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง หาค่าดัชนีมวลกาย และการวัดเส้นรอบเอว

2.4 ดำเนินการทดลอง ดังนี้ คัดกรองความเสี่ยง "ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี" บุคคลที่เสี่ยง(สีเขียว) ติดตามบันทึกสุขภาพแบ่งเป็น 2 ครั้ง 1) 7 วันหลังปรับทัศนคติโดยการอ่านการปฏิบัติตัวตาม 3อ.2ส. และสบช.โมเดล ให้บันทึกผล ชื่อ-นามสกุล น้ำหนักส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันตัวบน ความดันตัวล่าง 2) 14 วันหลังบันทึกครั้งที่ 1 บันทึกผล ติดตามชื่อ-นามสกุล น้ำหนักส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวความดันตัวบน ความดันตัวล่าง รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลผลวิจัย[25]

การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

แบบบันทึกความเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน และร้อยละ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้แอพพลิเคชั่นพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด NCDs ของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที่สองกลุ่มสัมพันธ์ (Paired Samples t-test)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ ตามหนังสือรับรองหมายเลขการรับรอง SPRNW-REC 010/2025 ลงวันที่ 06 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการคัดกรองเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 287 คน จากการคัดกรองภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย ระดับปกติมากที่สุด ร้อยละ 54 ระดับผอม ร้อยละ 15.30 ระดับมากกว่าปกติ ร้อยละ 7.70 อ้วน ระดับ 1 ร้อยละ 16.40 และอ้วน ระดับ 2 ร้อยละ 6.60 ตามลับดับ และหลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับคงเดิม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดกรองโดยการวัดขนาดรอบเอว ก่อนการใช้โปรแกรม พบว่า เพศชายมีรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตร ร้อยละ 89.47 รอบเอวเกิน 90 เซนติเมตร ร้อยละ 10.53 ซึ่งหลังการใช้โปแกรมพบว่าเพศชายมีรอบเอวคงเดิม ก่อนลงโปรแกรมพบว่า เพศหญิงมีรอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตร ร้อยละ 80.60 รอบเอวเกิน 80 ร้อยละ 19.40 หลังการใช้โปแกรมพบว่าเพศหญิงมีรอบเอวคงเดิม[26]

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคัดกรองความเสี่ยง "ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี" โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง

จากการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง "ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี" โรคเบาหวาน ก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช.

โมเดล โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด สามารถจัดกลุ่มตัวอย่าง ได้ 2 กลุ่มคือ กลุ่มปกติ (สีขาว) มีค่า FBS ≤ 100 ร้อยละ 100 ซึ่งหลังจากการใช้โปรแกรม พบว่ามีค่าคงเดิม และการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มปกติ (สีขาว) มีระดับความดันโลหิตอยู่ที่ น้อยกว่า 120/80 mmHg ร้อยละ 64.11 และกลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) มีระดับความดันโลหิตอยู่ที่ 120-139 /81-89 mmHg ร้อยละ 29.62 กลุ่มเสี่ยง (สีเหลือง) 140/90-159/99 mmHg ร้อยละ 6.27 หลังใช้โปรแกรม พบว่า ไม่พบกลุ่มเสี่ยง[26]

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาล

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01)[6,10,12,15,17,23,26,27,28,29] ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการใช้โปรแกรม เสริมสุขภาพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล (N=287)

ข้อมูลเปรียบเทียบ	ก่อนใช้แอปพลิเคชัน		หลังใช้แอปพลิเคชัน		t	df	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.			
1.ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	4.48	2.14	8.53	1.53	5.21	286	**.000***

*p<.0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ที่มีต่อการพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดทางสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อันเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในปัจจุบัน

2. ค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวผลการวิจัยพบว่าค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวของกลุ่มตัวอย่างไม่เปลี่ยนแปลงหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระยะเวลาในการทดลองยังไม่ยาวนานเพียงพอ เนื่องจากตัวชี้วัดด้านกายภาพ เช่น BMI และรอบเอว มักต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ[30] อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่คงที่สะท้อนถึงการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพในระดับที่ไม่ทำให้เสี่ยงเพิ่มขึ้น ถือเป็นผลเชิงบวกของโปรแกรม

3. การคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานจากการคัดกรอง “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ และระดับความดันโลหิตที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงลดลงจนไม่พบหลังเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยง

ต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้จริง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า[31]การใช้โปรแกรมสุขศึกษาเชิงมีส่วนร่วมสามารถลดปัจจัยเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) แสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการสร้างเสริมความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า [36]การพัฒนาความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) มีผลต่อการเลือกและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

5. การเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิด[30] ที่ยืนยันว่าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล มีศักยภาพในการเพิ่มพูนความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดเชิงทฤษฎีของการสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว

6. ในด้านความพึงพอใจต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นอยู่ในระดับ “ดี” ถึง “ดีมาก” โดยเฉพาะด้านความสะดวก ความชัดเจนของข้อมูล และการออกแบบที่เหมาะสม แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้าน usability ของสื่อมีบทบาทสำคัญต่อการยอมรับและการนำไปใช้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า[33]ความสะดวกและความเหมาะสมของสื่อสุขภาพดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับการยอมรับและการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ

7. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล มีประสิทธิผลต่อการพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล แม้ค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวยังไม่เปลี่ยนแปลง แต่ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมและความรู้ถือเป็นรากฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างยั่งยืนในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

หน่วยงานหรือสถาบันการศึกษาสามารถนำแอพพลิเคชั่นพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด NCDs ไปประยุกต์ใช้ในการคัดกรองความรุนแรงกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า เพื่อนำไปสู่การป้องกัน และลดความรุนแรงให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อนักศึกษาพยาบาลต่อไป[4]

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการติดตาม ดูแลปรับปรุงและประเมินประสิทธิผลของแอพพลิเคชั่นอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามดูความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบเพื่อควบคุมปัจจัยที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของการวิจัย

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น เช่น ภาวะซึมเศร้า หรือภาวะเครียด เป็นการป้องกันและเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและลดระดับความรุนแรงของโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ที่สนับสนุนทุนวิจัยนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2566). รายงานประจำปี 2566 [Internet]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [cited 2568 Jun 25]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/files/4155620240314033823.pdf

2. Sirited P, Hemtong W, Tunit P, Punnawit C, Suphim B, Kaewrattanapattama O, et al.(2025). Effects of Self-care Behavioral Modification Program among Elderly Population with High Risk for Non-communicable Diseases of Phranakhon Si Ayutthaya Province. Public Health Policy and Laws Journal, 2022;8(1), 45–59. [Internet].[cited 2025 July 1]. Available from: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/download/254372/172797

3. จุฑามาศ ปุญญปุระ.(2566). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงานโรงงานในจังหวัดนครสวรรค์. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ), 2566;34(2), 4–11. [อินเตอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ26 มิ.ย.2568]. เข้าถึงได้จาก:https://thaidj.org/index.php/NRTC/article/view/15623/12354

4.สาธกา สามิภักดิ์. (2566). การจัดบริการอาหารในโรงเรียนกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, หาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.2566; [อินเตอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ27 มิ.ย.2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ir.stou.ac.th/bitstream/123456789/1501/1/Fulltext%20157773.pdf

5.กรมควบคุมโรค.(2566). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2566–2570; [อินเตอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ28 มิ.ย.2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1625920241004031950.pdf

6.วันเพ็ญ สุทธิโกมินทร์.(2567). พัฒนาแบบแผนการดำเนินชีวิต และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือดวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน: กรณีศึกษาในครู อนามัยโรงเรียน. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ 2567; 6(2), 49-63.

7.ธนพร บึงมุม, สงกรานต์ กลั่นด้วง.(2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์ และสุขภาพ 2565;8(3), 371-379. [อินเตอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ29 มิ.ย.2568]. เข้าถึงได้จาก:https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/267850.

8.ศุภรัตน์ แก้วเสริม และเอ็ม สายคำหน่อ.(2566). การพัฒนาระบบสำหรับติดตามการส่งข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: กรณีศึกษาชุมชนเมืองเพชรบูรณ์. Research Community and Social Development Journal 2566;17(2), 166–179. [อินเตอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ27 มิ.ย.2568]. เข้าถึงได้จาก:https://doi.org/10.14456/nrru-rdi.2023.28

9.วิชัย เทียนถาวร, อัศนี วันชัย, & จิตติพร ศรีษะเกตุ.(2566). การประยุกต์ใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สีในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การทบทวนขอบเขตงานวิจัย. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2566; 15(2), e267915. [อินเตอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ24 มิ.ย.2568]. เข้าถึงได้จาก:https://he01.tci-thaijo.org/ index.php/ unc/article/ view/e267915/e267915

10.ศุภลักษณ์ ทองขาว, นิภากิม สูงเนินและรัชนี นามจันทรา.(2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้วัยผู้ใหญ่ตอนต้น. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 2564;32(2), 73-88. [อินเตอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ26 มิ.ย.2568]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/244289

11.นัชชา ยันติ, สุวัฒน์ ศิริแก่นทรายและศศิธร ตันติเอกรัตน์.(2567). การพัฒนาแอพพลิเคชั่นส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส สำหรับผู้สูงอายุอำเภอคลองหลวง. วารสารวิจัยวิชาการ2567;7(3), 87-104. . [อินเตอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ 28 มิ.ย.2568]. เข้าถึงได้จาก:https://so06.tci-thaijo.org

12.สุกัญญา คณะวาปี, เกศินี สราญฤทธิชัย.(2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน2565;8(2), 105–106. [อินเตอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ23 มิ.ย.2568]. เข้าถึงได้จาก:https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/255706

13.พัชรินทร์ มณีพงศ์, วลัยพร สิงห์จุ้ย, สัญญา สุขขำ, และเพ็ชรน้อย ศรีผุดผ่อง.(2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

สุพรรณบุรี (SNC) 2564; 4(1), 1-5. [อินเตอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ29 มิ.ย.2568]. เข้าถึงได้จาก:https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/256722

14. จิราชัย เสน่ห์วงศ์, ดวงเดือน ศรีมาดี, ทิพย์วัลย์ ตรีทศ, นิธิมา มงคลชู.(2566). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงต่อองค์ประกอบผลลัพธ์ ทางคลินิกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. วารสารวิฆัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 4(3). https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/266553/179585

15.กนกศรี จาดเงิน, วิชชุดา ปุณโณทก.(2566). ประสิทธิผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเสมือนจริง. วารสารสุขภาพและะสิ่งแวดล้อมศึกษา2566 ; 8(1), 73-86. . [อินเตอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ30 มิ.ย.2568]. เข้าถึงได้จาก:https://so06.tci-thaijo.org

16.Thabsri K, Kapol N.(2023). Relationship between health literacy and glycemic control of diabetes patients in Tambon Health Promotion Hospital of Phrachomklao Hospital Services Network, Phetchaburi. Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences2023;19(1), 67–82. [Internet].[cited 2025 July 2].Available from: https://li01.tci-thaijo.org/index.php/TBPS/article/view/259242

17.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์. วิสัยทัศน์ พันธกิจ. [อินเตอร์เน็ต]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ8 ก.ค.2568]. เข้าถึงได้จาก:http://www.bcnsprnw.ac.th/web_bcnsprnw/th/vision.

18.Ortega EC, Gil de Gómez AB, Gamarra AG, Cuevas Budhart MA, García Klepzig JL, Gómez Del Pulgar García Madrid M.(2025). Mobile applications for non communicable disease management: A systematic review of development methods and effectiveness. Computers in Biology and Medicine 2025; 193, 110411. [Internet].[cited 2025 July 1].Available from:https://doi.org/10.1016/j.compbiomed.2025.110411

19.งานแผนและนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนก.(2567). สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข [อินเตอร์เน็ต]. (2567). [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ค.2568] เข้าถึงได้จาก: http://www.bcnsprnw.ac.th/web_bcnsprnw/th/vision.

20.สกลสุภา สิงคิบุตร, เรืองฤทธิ์ โทรพันธ์ และเพชรรัตน์ พิบาลวงศ์.(2567). การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อติดตาม และเตือนอาการผิดปกติต่อความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัว และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารสุขภาพ และการศึกษาพยาบาล 2567; 30(2), 56-74.

21.Paul B, Kirubakaran R, Isaac R, Dozier R, Grant L, Weller D, RESPIRE collaboration.(2022). Theory of planned behaviour-based interventions in chronic diseases among low health-literacy population: protocol for a systematic review. Systematic reviews, 2022 ; 11(1), 127[Internet].[cited 2025 July 5].Available from: https://link.springer.com/article/10.1186/s13643-022-02006-2

22.Thianthavorn V, Chuenkongkaew W, Tanvatanakul V, Thepaksorn P.(2022). Research Development and Health Innovations for the Health Promotion andPreventionforNon-Communicable Diseases (NCDs) under the Project to BuildHealthy Communities with the PRBR Model 2022: 1 College, 1 Community inHonor of H.M. King Maha Vajiralongkorn Phra Vaiiraklaochaoyuhua (2022-2024).Thai Journal of Public Health and Health Sciences 2022; 5(2), 187-194.(In Thai)

23.นฤมล ยังแช่ม, ชาญชัย จิวจินดา.(2566). ภูมิปัญญาการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพตามหลักการแพทย์วิถีธรรม.วารสารธรรมเพื่อชีวิต: Journal of Dhamma for Life 2566 ; 30(3), 338–351. G-hk57'[อินเตอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ28 มิ.ย.2568]. เข้าถึงได้จาก: https://so08.tci-thaijo.org/index.php/dhammalife/article/view/3237

24. กัญญา คณะวาปี, เกศินี สราญฤทธิชัย.(2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2565; 8(2), 105–118. [อินเตอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ27 มิ.ย.2568]. เข้าถึงได้จาก:https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/255706

25.วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, กนกพรรณ พรหมทอง และ กัญญภา มุสิกชะนะ.(2567). ผลของการจัดกระทำตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 51, 3 (ก.ค.-ก.ย. 2567), 183-199.

26.ประยุทธ ตั้งสงบ.(2565). การออกแบบแอปพลิเคชันเพื่อการรับรู้ความเสี่ยงและแจ้งเตือนสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. ศิลปกรรมสาร 2565; 15(2), 1-17.

27.สุภาภรณ์ นันตา, ธานี กล่อมใจ, กาญจนา สาใจ, นันทิกา อนันต์ชัยพัทธนา, ดลฤดี เพชรขว้าง และวรรณิภา เวียงคำ.(2566). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ2566;(2), e265950. [อินเตอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ23 มิ.ย.2568]. เข้าถึงได้จาก:https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/view/265950

28.Pradubpot K, Krainara K.(2025). The Development of Health Behavior Modification Model among Risk Group of Diabetes Mellitus and Hypertension with Self-management Concepts in Phromkhiri District, Nakhon Si Thammarat Province. Thammasat University Hospital Journal Online 2025; 10(1), 106–117. [Internet].[cited 2025 July 3].Available from:https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TUHJ/article/view/274259

29. นวลอนงค์ ศรีสุกไสย.(2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลเขาขลุง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการ และการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจักรีรัช 2566 ; 4(1), E000729-E000729. [อินเตอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ27 มิ.ย.2568]. เข้าถึงได้จาก: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/jckr/article/view/729

30.Prommanee P.(2019). การวัดระดับทักษะในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุข [Skill measurement for public health operations]. PTU Journal 2019; 23(1), 284-290. [Internet].[cited 2025 July 7].Available from:https://so05.tci-thaijo.org/index.php/ ptujournal/ rticle/download/ 180518/135921/589579

31.สุภาวดี เงินยิ่ง, พิริยา ศุภศรี, วรรณทนา ศุภสีมานนท์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและการจัดการกับความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 21(4), 37–48. สืบค้น จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/51445

32.อนันตา เครือมาศ, พาดี พีรวิทย์, คนซื่อ อำภา.(2021). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานรายใหม่. J Res Health Inno Dev [Internet]. 2021 May 29 [cited 2026 Feb 24];2(2):163-70. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/252218

33.วงศ์สันติกูล ข., ฟักเงิน ก., เทียนสมบัติ จ., ฉลาด จ., สุภาพ น., ศรีพระจันทร์ ป., แสงทอง ม., พรมแปง ส., & สุวรรณคีรี* ว. (2025). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยอิเล็กทรอนิกส์กับพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตพยาบาล. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ, 26(2). สืบค้น จาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/e279638

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

Health Literacy Factors Related to E-cigarette Smoking Preventive Behaviors Among Early Adolescents in Phra Yuen District, Khon Kaen Province.

(Received: February 25,2026 ; Revised: February 28,2026 ; Accepted: March 3,2026)

สุพรรษา จิตรสม[1] สุพัตรา เชาว์ไวย[1] และชญานิศ ศรีรักษา[2]
Supansa Chitsom[1], Supatra Chouwai[1] and Chayanit Sriruksa[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็น นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 165 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามี ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 และ .91 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 78.19 ($\bar{X}$=72.11, SD=9.16) และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =.468, p<.001)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, วัยรุ่นตอนต้น, บุหรี่ไฟฟ้า

Abstract

This survey research aimed to study e-cigarette health literacy and the relationship between e-cigarette health literacy and E-cigarette Smoking Preventive Behaviors among early adolescents in Phra Yuen District, Khon Kaen Province. The sample of 165 junior high school students of the administration of educational opportunity expansion school in Phra Yuen District, Khon Kaen Province was selected using purposive sampling. The research instruments included an E-cigarette Health Literacy Questionnaire and an E-cigarette Smoking Preventive Behaviors Questionnaire. A Cronbach's alpha coefficient for the E-cigarette Health Literacy Questionnaire was .89 and .91. Data were collected from May to August 2025 and analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The study results revealed that most participants (78.19%) reported a high level of e-cigarette health literacy ($\bar{X}$=72.11, SD=9.16). In addition, overall e-cigarette health literacy was significantly and positively correlated with e-cigarette use at a moderate level (r = .468, p = <.001).

Keywords: Health Literacy, Early Adolescents, E-cigarette,

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ Corresponding author: Chayanit Sriruksa
Email: chayanit.sri@neu.ac.th

บทนำ

การใช้บุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยพบว่าประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ถึง 10.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.1 และกลุ่มอายุ 15–18 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 7.8 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงทศวรรษที่ผ่านมา[1] นอกจากนี้อายุเฉลี่ยของการเริ่มสูบบุหรี่ลดลงเหลือประมาณ 16.2 ปี และพบผู้เริ่มสูบบุหรี่อายุน้อยที่สุดเพียง 6 ปี สะท้อนถึงการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ง่ายขึ้นในกลุ่มเด็กและเยาวชน[1]ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การใช้บุหรี่ไฟฟ้า (Electronic Cigarettes; E-cigarettes) ได้แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วในกลุ่มวัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นตอนต้น อายุ 12–15 ปี ซึ่งถือเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากการสำรวจของ Global Youth Tobacco Survey (GYTS) ปี 2022 พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเฉลี่ยร้อยละ 17.6 และมีนักเรียนร้อยละ 37.3 เคยใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างน้อยหนึ่งครั้ง[2] ข้อมูลระดับประเทศยังพบว่า ประมาณร้อยละ 20 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายเคยทดลองใช้บุหรี่ไฟฟ้า และร้อยละ 15 รายงานว่าใช้ภายใน 30 วันที่ผ่านมา[3]

ในระดับพื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบอัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นอายุ 12–15 ปี ประมาณร้อยละ 6.5[4] จังหวัดขอนแก่นมีอัตราการใช้ในกลุ่มอายุ 13–18 ปี ประมาณร้อยละ 7.2 โดยพบมากในเขตเทศบาลและโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ อิทธิพลของเพื่อน การโฆษณาผ่านสื่อออนไลน์ และการรับรู้คลาดเคลื่อนว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ธรรมดา[5] สำหรับอำเภอพระยืน ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งชนบท พบวัยรุ่นตอนต้นทดลองใช้บุหรี่ไฟฟ้าประมาณร้อยละ 5.8 โดยส่วนใหญ่เข้าถึงผลิตภัณฑ์ผ่านร้านค้าออนไลน์และสื่อสังคมออนไลน์ แม้มีกฎหมายห้ามจำหน่ายแต่ยังพบการลักลอบจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง[6] บุหรี่ไฟฟ้ามีผลกระทบต่อสุขภาพหลายระบบ ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบสมอง และระบบช่องปาก โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่สมองยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ การได้รับสารนิโคตินอาจส่งผลต่อความจำ การเรียนรู้ และการควบคุมอารมณ์ในระยะยาว[7] อีกทั้งยังเพิ่มโอกาสการเสพติดและอาจนำไปสู่การใช้สารเสพติดชนิดอื่นในอนาคต[8] การตลาดผ่านสื่อสังคมออนไลน์และภาพลักษณ์เชิงแฟชั่น ทำให้วัยรุ่นจำนวนมากรับรู้ว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งทันสมัยและปลอดภัยกว่าบุหรี่ทั่วไป ซึ่งเป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน[9,10]

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) ได้รับการยอมรับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลกให้ความหมายว่าเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง[11] Nutbeam เสนอกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (Functional literacy) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive literacy) และระดับวิจารณญาณ (Critical literacy) ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบด้านความรู้ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ[12] การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากสื่อ ตัดสินใจอย่างมีเหตุผล และปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชน[13] อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่มุ่งเน้นความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นในพื้นที่กึ่งชนบท ยังมีจำกัด อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น มี

ประชากรวัยรุ่นตอนต้นอายุ 11–15 ปี จำนวน 1,291 คน คิดเป็นร้อยละ 5.25 ของประชากรทั้งหมด และมีโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาจำนวน 6 แห่ง ซึ่งเป็นบริบทที่เหมาะสมต่อการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชน[14] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมภูมิคุ้มกันทางสุขภาพ และออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียนและชุมชน อันจะนำไปสู่การป้องกันนักสูบหน้าใหม่อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้นอายุ 12–15 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ในอำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น ปีการศึกษา 2567 จำนวนทั้งสิ้น 222 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) เป็นวัยรุ่นตอนต้นอายุ 12–15 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในพื้นที่ดังกล่าว โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณด้วยสูตรของ Krejcie และ Morgan ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 142 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มจำนวน ร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 165 คน ดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2568

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. สุ่มเลือกโรงเรียนจากโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาทั้งหมดในอำเภอพระยืน

2. สุ่มเลือกห้องเรียนในแต่ละระดับชั้น

3. คัดเลือกนักเรียนตามสัดส่วนของแต่ละระดับชั้นจนได้จำนวนครบตามที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นนักเรียนอายุ 12–15 ปี

2. กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในพื้นที่ศึกษา

3. ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายจากสถานศึกษาระหว่างทำการศึกษา

2. ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ปรับปรุงจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อุไร จักษ์ตรีมงคล[15] และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการ

สูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นของ วิกานต์ ดา โหม่งมาตย์[16] ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว และการสูบบุหรี่ของเพื่อนในกลุ่ม แบบปลายเปิด 1 ข้อ (อายุ) แบบตรวจสอบรายการ 4 ข้อ กรณีครอบครัวสูบบุหรี่ ให้ระบุความสัมพันธ์เพิ่มเติม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 45 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ความรู้ความเข้าใจ (10 ข้อ, ถูก/ผิด ให้ 1/0 คะแนน) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (5 ข้อ, Rating scale 3 ระดับ) การสื่อสารสุขภาพ (10 ข้อ, ถูก/ผิด) การจัดการตนเอง (10 ข้อ, Rating scale 3 ระดับ) ทักษะการตัดสินใจ (5 ข้อ, ให้ 2–0 คะแนน) การรู้เท่าทันสื่อ (5 ข้อ, Rating scale 3 ระดับ) คะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพคิดเป็น 90 คะแนน แปลผล 4 ระดับ (ไม่ดี พอใช้ ดี ดีมาก) ตามเกณฑ์กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[17] และแนวทางของ Cohen & Orbuch[18]

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 23 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (น้อยที่สุด–มากที่สุด) ให้คะแนน 1–5 ตามลำดับ การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best อ้างถึงใน อิทธิพล โพธิ์ทองคำ[19] แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด เครื่องมือดังกล่าวครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นตอนต้นอย่างเป็นระบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง ดังนี้

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความชัดเจนของเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข และคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ

2. ความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แยกรายด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ (0.87) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (0.89) การสื่อสาร (0.92) การจัดการตนเอง (0.88) ทักษะการตัดสินใจ (0.90) การรู้เท่าทันสื่อ (0.89) ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีถึงดีมาก สามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้บริหารสถานศึกษาเพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูล พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินการวิจัย

2. จัดส่งหนังสือขอความยินยอมถึงผู้ปกครองและจัดทำแบบแสดงความยินยอมของนักเรียน (Assent form) โดยยืนยันสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ

3. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงรายละเอียดการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง เน้นความสมัครใจ การรักษาความลับ และการไม่ระบุชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม

4. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30–40 นาที ภายใต้การดูแลของผู้วิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและลดความคลาดเคลื่อนในการตอบ

5. หลังจากเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลทันที หากพบข้อมูลไม่ครบถ้วนจะขอให้ผู้ตอบตรวจสอบและเติมข้อมูล (ในกรณีที่ยังอยู่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล)

6. นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดรหัสแทนชื่อผู้ตอบแบบสอบถามเพื่อรักษาความลับของข้อมูล

7. การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2568 และได้แบบสอบถามกลับคืนครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 100 ของจำนวนที่แจกทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรและตัวแปรที่ศึกษา

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficients) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น เนื่องจากข้อมูลเป็นระดับมาตรา (Interval scale) ได้จากการสุ่มตัวอย่าง มีการกระจายแบบปกติ และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รหัส 105F/2568 ลงวันที่ 4 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 165 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.6) อายุ 12–13 ปี (ร้อยละ 59.4) และกำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 59.4) พบว่าร้อยละ 44.2 มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 65.5 มีกลุ่มเพื่อนสูบบุหรี่ และมากกว่าครึ่งหนึ่งเคยทดลองสูบบุหรี่ไฟฟ้า (ร้อยละ 56.4) สะท้อนถึงบริบทความเสี่ยงในวัยรุ่นตอนต้น

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า

ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 52.12; $\bar{X}$ = 72.11, SD = 9.16) รองลงมาคือระดับดี (ร้อยละ 28.48) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับดีมาก การสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับดี การจัดการตนเองเป็นด้านที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม

3. พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ภาพรวมพฤติกรรมป้องกันอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.86, SD = 0.96) โดยด้านการปฏิเสธอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น การเลือกคบเพื่อน และการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ซึ่งอยู่ในระดับมาก

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกัน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .468$, $p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การจัดการตนเอง ($r = .546$, $p < .001$) และการรู้เท่าทันสื่อ ($r = .383$, $p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง การสื่อสารมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r = .183$, $p < .05$)ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ และการเข้าถึงข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นตอนต้น.

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นตอนต้น อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า

ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นตอนต้นมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 72.11, SD = 9.16) โดยเฉพาะด้านความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่อยู่ในระดับดีมาก ขณะที่ด้านการสื่อสาร การจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับดี ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Don Nutbeam[20] ซึ่งเสนอว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วยทักษะด้านการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี โดยเฉพาะความรอบรู้ระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิพากษ์ที่ช่วยให้บุคคลสามารถวิเคราะห์ข้อมูลและตัดสินใจเชิงสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ[20] การที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระบบการศึกษาขั้นพื้นฐาน ซึ่งมีการจัดการเรียนรู้และกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อดิจิทัล อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนให้มีระดับความรอบรู้ที่ดีมาก ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธนะวัฒน์ รวมสุก และคณะ[21] ที่พบว่ามีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพสูงมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่า สะท้อนให้เห็นว่าระบบการศึกษามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทักษะการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา สนเท่ห์ และคณะ[22] ที่รายงานว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับดี ซึ่งเชื่อมโยงกับความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ได้อย่างเหมาะสม

ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนว่าบริบททางการศึกษา ไม่ว่าจะเป็นหลักสูตร การจัดการเรียนรู้ กิจกรรมเสริมสร้างทักษะชีวิต ตลอดจนการรณรงค์ด้านสุขภาพในสถานศึกษา ล้วนเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของเยาวชน โดยเฉพาะในยุคดิจิทัลที่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามีความหลากหลายและเข้าถึงได้ง่าย สถานศึกษาจึงมีบทบาทเชิงรุกในการเสริมสร้างทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในระยะยาว

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ

ปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (r = .468, p < .001) ซึ่งสะท้อนว่าการมีทักษะในการเข้าถึง วิเคราะห์ และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพสามารถส่งเสริมให้วัยรุ่นแสดงพฤติกรรมป้องกันได้มากขึ้น สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Nutbeam[20] ที่ชี้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า ด้านการจัดการตนเอง (r = .546, p < .001) และการรู้เท่าทันสื่อ (r = .383, p < .001) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าทักษะการควบคุมตนเอง การวางแผน หลีกเลี่ยงสิ่งยั่วยุ และความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารหรือโฆษณาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า มีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง ผลวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิพากษ์ (Critical health literacy) ของ Nutbeam[20] ซึ่งอธิบายว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ระดับนี้จะมีความสามารถในการวิเคราะห์ ประเมินและใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ รวมทั้งสามารถตั้งคำถามต่อข้อมูลที่ได้รับจากสื่อหรือแหล่งต่าง ๆ ได้อย่างรอบคอบ ไม่เพียงแต่เข้าใจข้อมูลพื้นฐาน แต่ยังสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และการตลาดที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ เช่น บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งมักถูกนำเสนอในเชิงบวกผ่านสื่อดิจิทัล นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับรายงานของ World Health Organization[23] ที่ระบุว่าการขาดทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และการประเมินข้อมูลสุขภาพในยุคดิจิทัล อาจทำให้เยาวชนเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับความปลอดภัยของบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะการรับรู้ว่ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป ส่งผลให้เพิ่มโอกาสในการทดลองใช้ และอาจนำไปสู่การใช้ต่อเนื่องในระยะยาว อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของธัชชา ไชยพันธ์ และคณะ[24] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีแนวโน้มไม่ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ต่ำ สะท้อนให้เห็นว่าความสามารถในการเข้าถึง วิเคราะห์ และประเมินข้อมูลสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ เป็นปัจจัยปกป้อง (Protective factor) ที่สำคัญต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน

โดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งมีนัยสำคัญต่อการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในสถานศึกษาและชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรประยุกต์ผลการวิจัยสู่การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในวัยรุ่นตอนต้น โดยเน้นการเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจ การสื่อสาร และการจัดการตนเอง ผ่านกิจกรรมสถานการณ์จำลองและการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถคิดวิเคราะห์ผลดี–ผลเสียก่อนตัดสินใจ รวมทั้งจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการตั้งเป้าหมายสุขภาพ การวางแผนพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการความเครียดหรืออารมณ์อย่างเหมาะสม

2. ด้านการศึกษาขั้นพื้นฐาน ควรใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบายและมาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ตลอดจนพัฒนากลยุทธ์ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และบริการช่วยเลิกบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมป้องกันในสถานศึกษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยเชิงพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าสำหรับวัยรุ่นตอนต้น เพื่อศึกษาประสิทธิผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตในระยะยาว

2. ควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้า เช่น การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ อิทธิพลของสื่อออนไลน์ และความสามารถในการรู้เท่าทันข้อมูลสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ครอบคลุมและสามารถพัฒนาแนวทางป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2560). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

2.World Health Organization.(2024). Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Thailand 2022. Geneva: WHO; 2024.

3.กรมควบคุมโรค.(2566). รายงานสถานการณ์การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

4.ศูนย์วิจัยเพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.(2564). รายงานสถานการณ์การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

5.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.(2565). รายงานสถานการณ์การใช้บุหรี่ไฟฟ้า จังหวัดขอนแก่น ปี 2565. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.

6.โรงพยาบาลพระยืน.(2566). รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น อำเภอพระยืน ปี 2566. ขอนแก่น: โรงพยาบาลพระยืน.

7.สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์, ภัศรา จงขจรพงษ์, วิชช์ เกษมทรัพย์, Stephen Hamann, เนาวรัตน์ เจริญค้า, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, วศิน พิพัฒนฉัตร.(2566). ผลกระทบของนิโคตินต่อการพัฒนาสมองในวัยรุ่น. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2566;62(3):45-58.

8.Chen X, Yu B, Wang Y, Li F, Stanton B.(2016). E-cigarette use and subsequent cigarette smoking among adolescents. Pediatrics. 2016;138(1):e20160379.

9.Centers for Disease Control and Prevention.(2023). E-cigarette use among youth and young adults. Atlanta: CDC.

10.Hammond D, Reid JL, Rynard VL, Fong GT, Cummings KM, McNeill A, Hitchman SC, Thrasher JF, Goniewicz ML, Bansal-Travers M, O'Connor RJ, Levy D, Borland R.(2019). Exposure to e-cigarette marketing and youth use. Tobacco Control. 2019;28(2):e34-e41.

11.World Health Organization.(2015). Health literacy toolkit for low- and middle-income countries. Geneva: WHO.

12.Nutbeam D.(2008). The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. 2008;67(12):2072-2078.

13.พรนภา หอมสินธุ์, อรวรรณ ฆ้องต้อ, ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, วิกานต์ดา โหม่งมาตย์.(2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2563;50(2):123-135.

14.สถิติประชากร อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น.(2567). รายงานข้อมูลประชากร ปี 2567. ขอนแก่น: ที่ว่าการอำเภอพระยืน.

15.อุไร จักษ์ตรีมงคล.(2564). การพัฒนาแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่นไทย. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

16.วิกานต์ดา โหม่งมาตย์.(2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

17.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2561). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [สืบค้นเมื่อ 2568 ก.ย. 29]. เข้าถึงได้จาก: https://www.scribd.com/document/linkhed-pdf

18.Sheldon Cohen, Toni L.(1979). Orbuch. Social support and health outcomes: theoretical perspectives. Social Science & Medicine. 1979;13A:45-54.

19.อิทธิพล โพธิ์ทองคำ.(2554). หลักการวัดและประเมินผลทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

20.Don Nutbeam.(2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 2008;67(12):2072–2078.

21.ธนะวัฒน์ รวมสุก, สุรินธร กลัมพากร, ทัศนีย์ รวิวรกุล, ทัศนีย์ อรรถารส, อารยา ทิพย์วงศ์, นภิสรา ธีระเนตร, จิราภรณ์ อนุชา.(2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษากรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565;23(2):357-363.

22.ขนิษฐา สนเท่ห์, ช่อทิพย์ แตงพันธ์, สุพัตรา เชาว์ไวย.(2568). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2568;17(2):111-123.

23.World Health Organization.(2021). Global school-based student health survey: fact sheet Thailand 2021 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2025 Sep 28]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/datareporting/thailand/2021_thailand_gshs_fact_sheetada1f3cd-2ee4-4258-a01fb40873aaf988.pdf

24.ธัชชา ไชยพันธ์, ปรัชญาพร ธิสาระ, ชาลิณี ไฝคำ, กันยรัตน์ แสนจันทร์, สุกัญญา สุขติเวชพงศ์.(2568). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนบน. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 2568;26(3):1-14.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

การค้นหาอาการที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้เครื่องมือส่งสัญญาณที่พัฒนาขึ้นสำหรับสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Finding Adverse Drug Reaction Using Trigger Tool Developed For The Princess Mother National Institute (PMNIDAT)

(Received: March 14,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 23,2026)

สมจิตร์ พาเจริญ[1] สุชาดา ขนานแข็ง[1] ยุวพรรณ อนุวงศ์นวรัตน์[1]
Somjit Phajaroen[1] Suchada Kanankaeng[1] Yuwaphan Anuwongnawarat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 293 ราย การค้นหา ADEs ใช้เครื่องมือส่งสัญญาณที่พัฒนาขึ้นเฉพาะตามบริบทของสถาบัน และประเมินความสัมพันธ์ระหว่างยาและอาการไม่พึงประสงค์ด้วย Naranjo's algorithm วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์แบบพหุเพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด ADEs

ผลการศึกษา: เครื่องมือส่งสัญญาณจำนวน 13 รายการที่พัฒนาขึ้นมีค่า Positive Predictive Value ร้อยละ 67.2 โดยสัญญาณที่พบบ่อยที่สุดคือ T10–Benztropine mesylate injection อาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุดคือกลุ่มอาการ Extrapyramidal Symptoms (EPS) คิดเป็นร้อยละ 39.9 ของผู้ป่วยทั้งหมด ยากลุ่มที่เป็นสาเหตุหลักคือยาต้านโรคจิต (antipsychotics) โดยเฉพาะ haloperidol ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์แบบพหุพบว่า ผู้ป่วยที่มีผลตรวจสารกลุ่ม benzodiazepines เป็นบวกมีความเสี่ยงต่อการเกิด EPS เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR = 3.55; 95% CI 1.18–10.66; $p < 0.05$) อายุที่น้อยลงเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระของการเกิด EPS ขณะที่ระดับ methamphetamine ที่สูงขึ้นแสดงแนวโน้มความสัมพันธ์แบบ dose–response ในการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวแต่ไม่คงอยู่หลังปรับปัจจัยกวน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลลัพธ์การรักษาดี (ร้อยละ 91.5) และไม่พบเหตุการณ์รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต

คำสำคัญ: เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา; เครื่องมือส่งสัญญาณ; ผู้ป่วยบำบัดสารเสพติด; Extrapyramidal Symptoms

Abstract

This survey research by retrospective study was conducted through medical record review of 293 inpatients admitted between January 1, 2020, and December 31, 2024. ADEs were identified using a trigger tool developed for the institutional context. Causality was assessed using Naranjo's algorithm. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariable logistic regression to determine factors associated with ADEs.

Results: The trigger tool demonstrated a positive predictive value of 67.2%. Thirteen triggers were identified, with T10–benztropine mesylate injection being the most frequent. Extrapyramidal symptoms (EPS) were the most common ADE, occurring in 39.9% of patients and primarily associated with antipsychotics, particularly haloperidol. Multivariable analysis showed that positive benzodiazepine screening was significantly associated with increased EPS risk (adjusted OR 3.55; 95% CI 1.18–10.66; $p < 0.05$). Younger age was independently associated with EPS. Higher methamphetamine levels showed a dose–response trend in univariable analysis but were not significant after adjustment. Most patients recovered (91.5%), and no fatal ADEs were observed.

Keywords: Adverse drug events; Trigger tool; Substance use treatment inpatients; Extrapyramidal symptoms

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นประเด็นสำคัญระดับประเทศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ รูปแบบการใช้สารเสพติดในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้น ทั้งการใช้หลายชนิดร่วมกัน

[1] ภ.บ.สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

(polysubstance use) การใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดใหม่ และการกลับมาเสพซ้ำ ส่งผลให้การดูแลรักษามีความยุ่งยากและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษายาเสพติด (บสต.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 รายงานว่ามีผู้เข้ารับการคัดกรอง 196,895 ราย บำบัดรักษา 189,427 ราย รักษาส่งต่อ 9,747 ราย และติดตาม 165,824 ราย โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ 31,247 ราย และผู้กลับมาเสพซ้ำ 47,123 ราย[1] สะท้อนถึงภาระของระบบบริการและความจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง สถาบันบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีเป็นหน่วยบริการเฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง ปี พ.ศ. 2567 มีผู้รับบริการ 7,344 ราย (ผู้ป่วยนอก 4,092 ราย ผู้ป่วยใน 3,252 ราย) โดยร้อยละ 91.48 มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช และร้อยละ 2.23 มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท[2] ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับยาหลายชนิดร่วมกัน เช่น ยาจิตเวช ยาคลายกังวล และยาต้านอาการถอนพิษยา ซึ่งการใช้ยาแบบ polypharmacy เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาอาการไม่พึงประสงค์จากยา (ADR) และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADEs) เป็นปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับสากล มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระยะเวลานอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต[3] ในผู้ป่วยบำบัดสารเสพติด ความเสี่ยงดังกล่าวอาจเพิ่มขึ้นจากความผิดปกติของการทำงานของตับและไต รวมถึงประวัติการใช้สารเสพติดเรื้อรัง

การเฝ้าระวัง ADEs ถูกกำหนดให้เป็นหนึ่งในมาตรฐานสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย (SIMPLE Thailand 2018)[4] อย่างไรก็ตาม การค้นหาเหตุการณ์ในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะการพึ่งพาการรายงานโดยสมัครใจซึ่งมักต่ำกว่าความเป็นจริง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าวิธีการค้นหา ADEs ทั้งการรายงานโดยสมัครใจ การทบทวนเวชระเบียน การสังเกตโดยตรง และการใช้เครื่องมือส่งสัญญาณ (Trigger Tool) มีประสิทธิภาพแตกต่างกัน โดย Trigger Tool มีความไวสูงและเหมาะสำหรับการนำไปใช้ในงานประจำเพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง[5] แนวคิด Trigger Tool ได้รับการพัฒนาโดย Institute for Healthcare Improvement (IHI) ผ่าน The Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events ซึ่งมีหมวดด้านยา (Medication Module) สำหรับค้นหา ADEs จากเวชระเบียนย้อนหลัง[6] อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้เครื่องมือนี้ในบริบทการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยยังมีรายงานจำกัด จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของหน่วยบริการดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อค้นหาเครื่องมือส่งสัญญาณที่เหมาะสมสำหรับใช้ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีโดยเฉพาะ

2. เพื่อค้นหาเครื่องมือส่งสัญญาณที่ป้องกันความเสี่ยงในการดูแลและติดตามผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดด้านยาเสพติด

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลังจากเวชระเบียน (survey research by retrospective study) ในผู้ป่วยบำบัดสารเสพติดแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยทบทวนเวชระเบียนหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากสถาบัน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2567 ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2568 โดยใช้แนวคิดและหลักการของ Trigger Tools ประเทศไทยใช้ระบบรายงาน ADR แบบสมัครใจ (SRS) ผ่านศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (HPVC) ร่วมกับ Uppsala Monitoring Centre (UMC)[8–11] รายงานปี 2565 พบ ADR ร้ายแรงร้อยละ 24.97 และเสียชีวิตร้อยละ 1.47 โดยยาต้านจุลชีพเป็นสาเหตุหลัก (ร้อยละ 38.39) รองลงมาคือกลุ่ม Musculo-skeletal

system (ร้อยละ 16.43)11 การค้นหา ADR/ADEs ทำได้หลายวิธี ได้แก่ การทบทวนเวชระเบียน ระบบ SRS การสังเกตโดยตรง และ Trigger Tool[12–15] งานวิจัยในประเทศพบว่า Trigger Tool เพิ่มการตรวจพบ ADEs อย่างมีนัยสำคัญ และพบเหตุการณ์ที่ป้องกันได้ในสัดส่วนสูง [12–14] ขณะที่ Rozich และคณะ รายงานว่าเพิ่มการตรวจพบมากกว่าวิธีเดิม 50 เท่า[16] Mäkelä และคณะ รายงานอัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 20.5 ของผู้ป่วย และมีเพียงร้อยละ 6.3 ที่รายงานผ่านระบบสมัครใจ[17] ส่วน Valkonen และคณะ พบ ADE ร้อยละ 6 ของผู้ป่วย และจำนวน trigger ที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยง ADE ที่สูงขึ้น[18] สถาบันเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขนาด 770 เตียง[1] มีระบบค้นหา ADR 2 วิธี ได้แก่ การรายงานโดยสมัครใจ และการใช้ trigger บางรายการ เช่น benztropine mesylate ซึ่งในช่วงปี 2560–2567 พบรายงาน 335 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.18 ของ ADEs ทั้งหมด (1,041 รายงาน) อย่างไรก็ตาม วิธีการสังเกตโดยตรงและการรายงานสมัครใจใช้ทรัพยากรสูงและอาจไม่ครอบคลุมเหตุการณ์ทั้งหมด ดังนั้น การพัฒนา trigger tool ที่เหมาะสมกับบริบทของสถาบันจึงมีความจำเป็น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหา ADEs ในผู้ป่วยช่วงถอนพิษยา ลดความเสี่ยง และเสริมสร้างความปลอดภัยด้านยาอย่างเป็นระบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ผู้ป่วยชายและหญิงอายุ ≥18 ปี ที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในระหว่าง 1 มกราคม 2563 - 31 ธันวาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง: เครื่องมือส่งสัญญาณ (trigger tool) สำหรับค้นหา ADEs ดัดแปลงจากการศึกษาของ Rozich[16] และคณะและงานวิจัยของน่ารัก ยี่สุ่นแป้นและคณะ[12] โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของสถาบันฯ ขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากการศึกษานำร่องใน [5] โรงพยาบาลซึ่งใช้ trigger 24 ชนิด ทบทวนเวชระเบียน 91 แฟ้ม และพบ ADEs ร้อยละ 6.59[15] คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร Estimating an infinite population proportion $n= z^2P(1-P)/d^2$ โดยใช้โปรแกรม n4Studies ได้ขนาดตัวอย่าง 263 แฟ้ม และเผื่อการสูญหายร้อยละ 20 (53 แฟ้ม) รวมเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 316 แฟ้ม การสุ่มตัวอย่างใช้วิธี simple random sampling โดยเรียงหมายเลข Hospital Number (HN) ของผู้ป่วยที่พบ trigger tool ในแต่ละปี และสุ่มเวชระเบียนในอัตราส่วน 1:3 จนครบจำนวนที่กำหนด

เกณฑ์คัดเข้า: (1) ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ระหว่าง 1 มกราคม 2563–31 ธันวาคม 2567 (2) พักรักษา ≥24 ชั่วโมง (3) มีอายุ ≥18 ปี ณ วันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

เกณฑ์คัดออก: (1) เกิด ADR จากผลิตภัณฑ์เลือดหรือสารทึบรังสี (2) เวชระเบียนมีข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วน เช่น ชนิดสารเสพติด อาการและอาการแสดง (3) มีโรคประจำตัวสำคัญ ได้แก่ โรคไต โรคตับ หรือเบาหวานที่ใช้อินซูลิน (4) ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะหรือยากดภูมิคุ้มกัน/สเตียรอยด์

การออกแบบและขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง โดยทบทวนเวชระเบียนหลังจำหน่ายผู้ป่วย สถาบันฯ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ใช้ระบบจ่ายยา one-day-dose ผ่าน H-TRIX และบันทึกข้อมูลใน HosXp และ HIS มีเภสัชกรผู้ป่วยใน 2 คนติดตามปัญหาการใช้ยาเก็บข้อมูลการวินิจฉัย คำสั่งใช้ยา ใบบันทึกการให้ยา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ แบบบันทึกการพยาบาล (nurse note) และบันทึกทางการแพทย์ (progress note) ซึ่งเชื่อมโยงกับ Trigger tool ที่ดัดแปลง 13 ตัว[12-16,19-20,23-24] บันทึกข้อมูลด้วยรหัสแทนชื่อผู้ป่วย คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์และสุ่ม 1:3 หากพบ trigger จะประเมิน ADE/ADR ซ้ำ กรณีประเมินไม่ครบผู้วิจัยจะ ใช้ Naranjo's algorithm[19] (คะแนน 5–8 = probable) และจัดระดับความรุนแรงตาม NCC MERP Index การประเมินทำโดยเภสัชกรอย่างน้อย 2 คน หากไม่ตรงกันใช้ความเห็นพ้อง 2 ใน 3 เป็นข้อสรุปสุดท้าย แบ่ง ADEs เป็น (1) สัมพันธ์กับการเข้ารักษา และ (2) เกิดระหว่างรักษา **ตัวแปรที่ศึกษา:** แบ่งเป็น 3 กลุ่ม **ตัวแปรอิสระ**: ข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูล

การใช้ยา ขบวนการรักษา **ตัวแปรตาม**: เครื่องมือส่งสัญญาณเพื่อค้นหา ADEs ตามวัตถุประสงค์การวิจัย **ตัวแปรควบคุม:** ระยะเวลาการรักษา ความครบถ้วนของข้อมูลในเวชระเบียน แนวทางการรักษามาตรฐานของสถาบัน **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**: เภสัชกรผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล บันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (แบบบันทึก ก: ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้สารเสพติด) **การประเมินความสัมพันธ์ของการเกิด ADR**: ใช้แบบประเมิน *Naranjo's algorithm* ฉบับแปลภาษาไทย (แบบบันทึก ง) [25-26] ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมินความน่าจะเป็นของความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์กับยาที่สงสัย โดยให้ผลเป็นคะแนนและจัดระดับความน่าจะเป็น 4 ระดับ ได้แก่ definite (≥9 คะแนน), probable (5–8 คะแนน), possible (1–4 คะแนน) และ doubtful/unlikely (≤0 คะแนน) การประเมินคุณภาพเครื่องมือโดยวิมล สุวรรณเกศาวงษ์และคณะ[26] เปรียบเทียบกับ Thai Algorithm โดยเภสัชกร 30 คน จากโรงพยาบาล 10 แห่ง พบว่า จากรายงาน ADR 363 ฉบับ เครื่องมือนี้มี sensitivity ร้อยละ 75.5 และ specificity ร้อยละ 67.2 ค่าความเที่ยงโดยผู้ประเมิน 3 คน (inter-observer reliability) ของเครื่องมือทั้ง 3 ชนิด มีค่าความสอดคล้อง (kappa statistics) อยู่ในระดับพอใช้ (0.21 - 0.33) โดยเกณฑ์องค์การอนามัยโลกมีค่าความสอดคล้องสูงสุดที่ 0.33 และ Naranjo's algorithm มีค่าที่ 0.21[26]

ตารางที่ 1 รายละเอียดค่าที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือส่งสัญญาณในการศึกษาครั้งนี้[12-16,19-20 ,23-24]

ADR เกี่ยวข้องกับเครื่องมือส่งสัญญาณ	เครื่องมือส่งสัญญาณในการศึกษาครั้งนี้	รายละเอียดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
1. Drug Allergy	T1.1 Antihistamine oral/ injection	T1.1 : CPM tablet (tab.)/injection (inj.), cetirizine tab และ Loratadine tab.
	T1.2. Steroid oral/injection/apply	T1.2 : Dexamethasone tab/inj, prednisolone tab, 0.1%-0.02% triamcinolone cream, 0.05% Clobetasol propionate cream, และ 0.1% triamcinolone lotion.
	T1.3. Adrenaline plus antihistamine	T1.3 : ADRENALINE (1:1,000) 1 mg/ml inj.+ CPM tablet (tab.)/injection + cetirizine tab และ +Loratadine tab.
	T1.4 Serum tryptase	T1.4 : ผู้ป่วยที่มีหรือสงสัยว่ามีสภาวะ Anaphylaxis จากการแพ้สารใดๆ เช่น ยา อาหาร แมลง เป็นต้น Serum tryptase มีหน่วยเป็น ug/L (ค่า Normal total tryptase levels range 1-15 ug/L)
	T1.5. Skin test	T1.5 : เป็นวิธีทดสอบที่ผิวหนังเพื่อใช้วินิจฉัยว่าสารใดเป็นสาเหตุของปฏิกิริยา anaphylaxis ที่เกิด จาก antibody ชนิด IgE แบ่งเป็น skin prick test และ intradermal test
2. Drug Allergy	T2.1. Provisional diagnosis, drug induced organ disorder, suspected drug induced organ disorder	T2.1 : มีการวินิจฉัย : ความผิดปกติของอวัยวะที่เกิดจากยา สงสัยว่าความผิดปกติของอวัยวะที่เกิดจากยา
3. Drug toxicity	T3.1 Lithium level > 1.5 mEq/l	T3.1: Lithium level ค่าปกติจะอยู่ประมาณ0.8-1.2 mEq/L16
	T3.2 Phenytoin level > 30 µg/ml	T3.2: Phenytoin level ค่าปกติจะอยู่ประมาณ 5-6 mg/kg/day
	T3.3 Valproic acid level > 100 µg/ml	T3.3: Valproic acid level ค่าปกติจะอยู่ประมาณ 50-100 µg/mL
4. Suspected adverse drug events	T4 .การระงับการสั่งใช้ยา	T4 : การระงับการสั่งใช้ยา หยุดใช้ยาขณะที่ยังไม่ครบการรักษา
5. Benzodiazepine and opioid toxicity	T5.1 Flumazenil inj. T5.2 Naloxone inj.	T5.1: มีการสั่งใช้ยา Flumazenil inj. ที่เป็นยา antidote ของยากลุ่ม benzodiazepines T5.2: มีการสั่งใช้ยา Naloxone inj. ที่เป็นยา antidote ของยากลุ่ม opioids

ตารางที่ 1 รายละเอียดค่าที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือส่งสัญญาณในการศึกษาครั้งนี้[12-16,19-20 ,23-24]

ADR เกี่ยวข้องกับเครื่องมือส่งสัญญาณ	เครื่องมือส่งสัญญาณในการศึกษาครั้งนี้	รายละเอียดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
6. Drug induced hyperkalemia	T6. sodium polystyrene/calcium polystyrene plus drug induced hyperkalemia with or without abrupt cessation of medication	T6 : มีการสั่งจ่ายยา sodium polystyrene/calcium polystyrene จากภาวะ drug induced hyperkalemia ร่วมกับการสั่งหยุดยา/หรือไม่หยุดยา อย่างกะทันหัน
7. Drug induced hypoglycemia	T7. serum glucose < 50 mg/dl plus drug- induced hypoglycemia with or without glucose supplement	T7:ระดับน้ำตาลในเลือด < 50 มก./ดล. พบ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่เกิดจากยาโดยมีหรือไม่มีการเสริมกลูโคสให้กับผู้ป่วย
8. Drug induced nephrotoxicity or renal injury	T8. rising serum creatinine plus drug induced nephrotoxicity	T8. มี creatinine ในซีรั่มที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับพบภาวะพิษต่อไตที่เกิดจากยา
9. Drug induced hepatotoxicity or liver injury	T9. abnormal liver function test > 2 UNL plus drug induced hepatotoxicity	T9. การทดสอบการทำงานของตับผิดปกติ > 2 UNL บวกกับความเป็นพิษต่อตับที่เกิดจากยา
10. Drug induced extrapyramidal disorder	T10.Benztropine Mesylate (Cogentin , Phatropine) inj.	T10.พบการสั่งยา Benztropine Mesylate (Cogentin , Phatropine) inj.เป็นยา antidote ของการเกิดอาการ Extrapyramidal symptom (EPS) เช่น กล้ามเนื้อกระตุก คอแข็ง ลิ้นแข็ง หนังตาตก สามารถเกิดได้ภายใน 24-48 ชั่วโมง
1111. Anti-hyperglycemic drug induced hypoglycemia	T11. diabetes patient plus serum glucose < 50 mg/dl	T11:ระดับน้ำตาลในเลือด < 50 มก./ดล. พบ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่เกิดจากยารักษาเบาหวานโดยมีหรือไม่มีการเสริมกลูโคสให้กับผู้ป่วย
12.Antipsychotics drug induced	กลุ่มอาการ Major criteria มี 5 ข้อ คือ	ผู้ป่วยเกิดภาวะ NMS ที่มีกลุ่มอาการ Major criteria มี 5 ข้อดังนี้
Neuroleptic malignant syndrome*	T12.1.Hyperthermia (T >38 องศาเซลเซียส) โดยไม่มีสาเหตุอื่น	T12.1.Hyperthermia (T >38 องศาเซลเซียส) โดยไม่มีสาเหตุอื่น
	T12.2. Autonomic instability ต้องอย่างน้อย 2 อาการต่อไปนี้ HR > 100/min, BP > 150/110 mmHg หรือ < 90/60 mmHg, มีเหงื่อออกมาก	T12.2. Autonomic instability ต้องอย่างน้อย 2 อาการต่อไปนี้ HR > 100/min, BP > 150/110 mmHg หรือ < 90/60 mmHg, มีเหงื่อออกมาก
	T12.3. Alteration mental status (confusion, delirium, stupor หรือ coma)	T12.3. Alteration mental status (confusion, delirium, stupor หรือ coma)
	T12.4. Muscular lead pipe rigidity	T12.4. Muscular lead pipe rigidity
	T12.5. Increase CPK level สูงกว่า 1,000 u/L (ค่าปกติ 15-220 u/L)	T12.5. Increase CPK level สูงกว่า 1,000 u/L (ค่าปกติ 15-220 u/L)
	กลุ่มอาการ Minor criteria ประกอบด้วย	กลุ่มอาการ Minor criteria ประกอบด้วย
	T12.6.Other extrapyramidal syndrome	T12.6.Other extrapyramidal syndrome
	T12.7.urinary incontinence, arrhythmia, sweating,	T12.7.urinary incontinence, arrhythmia, sweating,

ตารางที่ 1 รายละเอียดค่าที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือส่งสัญญาณในการศึกษาครั้งนี้[12-16,19-20 ,23-24]

ADR เกี่ยวข้องกับเครื่องมือส่งสัญญาณ	เครื่องมือส่งสัญญาณในการศึกษาครั้งนี้	รายละเอียดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
	HR > 100 ครั้ง/min, BP > 150/100 mmHg หรือ < 90 mmHg	HR > 100 ครั้ง/min, BP > 150/100 mmHg หรือ < 90 mmHg
	T12.8.Respiratory problems (tachypnea, dyspnea, hypoxemia	T12.8.Respiratory problems (tachypnea, dyspnea, hypoxemia
	หรือ respiratory failure)	หรือ respiratory failure)
	T12.9.Leukocytosis (WBC > 12,000/mm3)	T12.9.Leukocytosis (WBC > 12,000/mm3)
	*การวินิจฉัยจะต้องมี 4 major criteria หรือ 3 major + 3 minor criteria ร่วมกับ	essential criteria NMS มักจะเกิดในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังจากได้รับยา
13. Clozapine drug induced Agranulocytosis**[23]	T13.neutrophil count <500/mm3 (Severe deficiency in granulocytes)	T13. เกิดภาวะ neutrophil count <500/mm3 (Severe deficiency in granulocytes
**Agranulocytosis หรือภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำระดับรุนแรง เป็นภาวะที่เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิล (Neutrophil) ในร่างกายมีปริมาณน้อยกว่าปกติ ซึ่งเม็ดเลือดขาวชนิดนี้จะช่วยกำจัดเชื้อที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย เมื่อร่างกายมีเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลมีน้อยจนเกินไปอาจทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น		

หมายเหตุ : GT = general trigger, T= trigger, ST = specific trigger, ADR = adverse drug reaction, ANC = absolute neutrophil count, CPK = creatinine phosphokinase, HLA = human leukocyte antigen, UNL = upper normal limit, WBC = white blood cell

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในหลังจำหน่ายจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จังหวัดปทุมธานี เพื่อค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Events; ADEs) โดยใช้เครื่องมือส่งสัญญาณ (Trigger tools) ที่พัฒนาขึ้นเฉพาะบริบทของสถาบันฯ จากเวชระเบียนทั้งหมด 316 ฉบับ คัดเข้าตามเกณฑ์การศึกษา 293 ราย คิดเป็นอัตราการคัดเข้า 92.7% รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาลทั้งสิ้น 14,190 patient-days การนำเสนอผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 236 ราย (80.5%) เพศหญิง 57 ราย (19.5%) อายุเฉลี่ย 37.08±15.30 ปี มัธยฐาน 32 ปี (IQR 25–45) โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 21–30 ปี (34.8%) รองลงมา 31–40 ปี (23.9%) ค่า BMI เฉลี่ย 22.82±5.61 kg/m² โดยจัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 41.3% น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ 21.2% น้ำหนักเกิน/อ้วน 37.5% สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (74.7%) สถานภาพโสด 75.4% และว่างงาน 47.1% มากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัว (51.5%) สะท้อนลักษณะผู้ป่วยที่มีความเปราะบางทั้งด้านสุขภาพกายและสังคม

2. ลักษณะการใช้สารเสพติด: สารเสพติดหลักที่พบมากที่สุดคือ methamphetamine (48.1%)

รองลงมาคือแอลกอฮอล์ (24.9%), cannabis (9.6%), heroin/opiates (6.5%) และสารอื่น ๆ เช่น สารระเหย ยากล่อมประสาท หรือการใช้หลายชนิดร่วมกัน (10.9%) ลักษณะดังกล่าวสะท้อนบริบทของผู้ป่วยที่ใช้สารกระตุ้นเป็นหลัก ซึ่งเป็นสารที่มีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางและมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตและพฤติกรรม ที่จำเป็นต้องใช้ยากลุ่ม antipsychotics และ benzodiazepines ในการรักษา

3. อัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR Incidence Rate) : กลุ่มตัวอย่าง 293 ราย พบ ADE/ADR ที่ได้รับการยืนยัน 215 เหตุการณ์ คิดเป็น 73.40 เหตุการณ์ต่อ 100 admissions, 15.15 เหตุการณ์ต่อ 1,000 patient-days แสดงให้เห็นว่า ADR เป็นเหตุการณ์ที่พบได้บ่อย ในบริบทการบำบัดผู้ป่วยติดสารเสพติดแบบผู้ป่วยใน ซึ่งมีความซับซ้อนด้านการใช้ยาและมักได้รับยาหลายชนิดร่วมกัน โดยเฉพาะยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง

4. ยาที่เกี่ยวข้องกับการเกิด ADR: พบยาสงสัยรวม 321 รายการ โดยกลุ่มยาที่เกี่ยวข้องมากที่สุด ได้แก่ Typical antipsychotics 30.2%, Atypical antipsychotics 14.6%, Benzodiazepines 4.4%, Antidepressants 1.9% ยาที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ haloperidol (22.7%), risperidone (12.8%), perphenazine (4.4%) และ diazepam (3.4%) สะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยากลุ่ม dopamine antagonists กับการเกิด extrapyramidal symptoms (EPS)

5. ประเภทของ ADR: เมื่อจำแนกตาม Type of ADR พบว่า Type A (dose-related) 50.9%, Type B (idiosyncratic) 15.7%, ไม่สามารถจำแนกได้ 33.4% การวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยง Type A ที่ลดลง (adjusted OR 0.93; p<0.001) ขณะที่ BMI ผิดปกติสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ลดลง (adjusted OR 0.41; p=0.030) (กลุ่ม > 45 ปี มี Type A เพียง 45.8% เทียบกับ การเกิด ADR Type A มากถึง 85.4% ในกลุ่มผู้ที่มีอายุในช่วง 18-30 ปี)

6. ลักษณะทางคลินิกของ ADR: ระบบที่พบอาการไม่พึงประสงค์ มากที่สุดคือ ระบบประสาท (Nervous system) คิดเป็นร้อยละ 39.9 โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการ Extrapyramidal symptoms (EPS) รองลงมาคือระบบผิวหนัง เช่น ผื่นแพ้ยา (13.3%) และระบบเมตาบอลิซึม รวมถึงระบบตับและทางเดินน้ำดี (อย่างละ 5.5%) สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยที่ได้รับ ยาจิตเวชหลายชนิดร่วมกัน (polypharmacy) ในช่วงถอนพิษยา กลุ่มอาการ EPS เป็น ADR มากที่สุดคือ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ Acute dystonia 30.7%, Akathisia, Parkinsonism พบ Stevens–Johnson syndrome (SJS) 1 ราย และ Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) 2 ราย แม้พบไม่บ่อย แต่จัดเป็นภาวะรุนแรงที่ต้องเฝ้าระวัง ในการศึกษานี้ ไม่พบ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำระดับรุนแรง (Agranulocytosis) โดยภาพรวม ทั้งสองตารางนี้แสดงให้เห็นว่า ADR ในประชากรศึกษานี้มีลักษณะเด่นเป็นอาการทางระบบประสาทจาก dopamine receptor blockade และส่วนใหญ่เป็น ADR ประเภท Type A ซึ่งสามารถคาดการณ์ได้จากกลไกทางเภสัชวิทยาของยา

7. ระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประเมินตามเกณฑ์ NCC MERP Indexความรุนแรงของ ADR และผลลัพธ์การรักษาเมื่อประเมินความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions; ADR) ตามเกณฑ์ NCC MERP Scale พบว่า ADR ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายถาวรหรือผลลัพธ์รุนแรง โดยระดับที่พบมากที่สุดคือระดับ E ซึ่งเป็น ADR ที่ทำให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องการการรักษา คิดเป็นร้อยละ 38.9 รองลงมาคือระดับ D ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ต้องการการติดตามหรือการรักษาเพื่อป้องกันอันตราย คิดเป็นร้อยละ 19.5 ในขณะที่ ADR ระดับ F ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น พบเพียงร้อยละ 0.7 และไม่พบ ADR ระดับที่ก่อให้เกิดความพิการถาวรหรือเสียชีวิต ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่า ระบบเฝ้าระวังสามารถตรวจพบและจัดการได้ทันท่วงที ผล

การศึกษานี้สนับสนุนประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในสถาบัน รวมถึงการใช้ Trigger Tool ในการค้นหา ADR โดยเฉพาะ EPS ซึ่งช่วยให้สามารถให้การรักษาอย่างเหมาะสมและทันท่วงที ลดการลุกลามของอาการ และลดผลกระทบต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล แนวทางการจัดการ ADR ที่ใช้บ่อยที่สุดในการศึกษานี้คือการให้ยากลุ่ม anticholinergic agents เช่น benztropine หรือ trihexyphenidyl คิดเป็น ร้อยละ 37.5 รองลงมาคือ การหยุดยาที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ (ร้อยละ 28.0) และการใช้ยากลุ่ม antihistamines/ Corticosteroid (ร้อยละ 9.9) รูปแบบการจัดการดังกล่าวสอดคล้องกับลักษณะของ ADR ที่พบ โดยเฉพาะอาการในกลุ่ม Extrapyramidal symptoms (EPS) ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับการยับยั้ง dopamine จากการใช้ยากลุ่ม antipsychotics การเลือกใช้ anticholinergic agents เป็นการรักษาหลักจึงสะท้อนถึง การจัดการ ADR ที่ตรงตามกลไกการเกิดอาการ (mechanism-based management) และสนับสนุนผลการศึกษาที่ระบุว่า EPS เป็นลักษณะ ADR เด่นในกลุ่มประชากรนี้

8. ผลลัพธ์การรักษาในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลลัพธ์การรักษาที่ดี โดยมีอัตราการหายเป็นปกติสูงถึง ร้อยละ 91.5 ขณะที่มีเพียงส่วนน้อยที่จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องหรือยังคงมีอาการคงค้างหลังการรักษา ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบการดูแลและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) ภายในสถาบัน โดยเฉพาะการตรวจพบและการให้การรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งมีส่วนสำคัญในการลดความรุนแรงของอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ระยะเวลาการเกิด ADR หลังเริ่มใช้ยา (Time to ADR Onset) เมื่อพิจารณาระยะเวลาการเกิด ADR ในผู้ป่วยจำนวน 234 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการเกิด ADR เท่ากับ 14.50 ± 27.11 วัน ขณะที่ค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 6.0 วัน และมีช่วงกระจายระหว่าง ควอไทล์ (IQR) อยู่ที่ 2.0–16.0 วัน การที่ค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่ามัธยฐานอย่างชัดเจนสะท้อนถึงการกระจายข้อมูลแบบเบ้ขวา (right-skewed distribution) ซึ่งแสดงว่ามีผู้ป่วยบางส่วนที่เกิด ADR ช้ากว่ากลุ่มส่วนใหญ่ เป็นผลทำให้ค่าเฉลี่ยสูงขึ้น โดยพบ ADR ภายใน 24 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 19.7 และภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 16.2 ขณะที่การเกิด ADR ภายใน 1–2 สัปดาห์พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาคือช่วง 2 สัปดาห์ถึง 1 เดือน (17.9%) และช่วง 1–6 เดือน (11.1%) โดยรวมพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของเหตุการณ์ ADR (70.9%) เกิดภายใน 2 สัปดาห์แรกหลังเริ่มใช้ยา แสดงให้เห็นว่าช่วงเวลาวิกฤตในการเฝ้าระวังคือระยะต้นของการรักษา

9. ประสิทธิภาพของระบบ Trigger Tool

ประสิทธิภาพของ Trigger Tool: Trigger tool ตรวจพบ ADR 197 เหตุการณ์ Positive Predictive Value (PPV) รวม 67.2% Trigger ที่มี PPV 100% ได้แก่ EPS trigger, SJS trigger, NMS trigger, Hyperkalemia trigger แสดงถึงความแม่นยำสูงของเครื่องมือในบริบทเฉพาะทาง ปัจจัยเสี่ยงต่อ EPS: การวิเคราะห์แบบ Univariate พบว่า ผู้ป่วยที่มีผลตรวจสาร Cannabis (THC) เป็นบวก มีอัตราการเกิด EPS สูงกว่าผู้ที่ไม่พบ THC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 52.1 เทียบกับ 36.0) โดยมีค่า Crude odds ratio เท่ากับ 1.93 (95% CI: 1.13–3.32, p = 0.023) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ตรวจพบ THC มีโอกาสเกิด EPS สูงกว่ากลุ่มที่ไม่พบ THC ประมาณ 1.9 เท่า ในทำนองเดียวกันผู้ป่วยที่มีผลตรวจพบสาร benzodiazepines (BZs) เป็นบวก มีอัตราการเกิด EPS สูงถึงร้อยละ 72.7 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่พบ BZs ซึ่งมีอัตราการเกิด EPS ร้อยละ 37.3 โดยพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Crude OR = 4.49; 95% CI: 1.70–11.84, p = 0.002) สะท้อนว่าการตรวจพบ BZs มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด EPS อย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังพบแนวโน้ม ความสัมพันธ์ระหว่างผลตรวจสาร Methamphetamine กับการเกิด EPS อัตราการเกิด

EPS มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระดับของ methamphetamine อย่างชัดเจน โดยกลุ่มที่ไม่พบสาร (negative) มีอัตราการเกิด EPS ร้อยละ 37.1 ขณะที่กลุ่มที่ตรวจพบสารในระดับต่ำ (low/positive) มีอัตราการเกิด EPS เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 44.1 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 52.9 และ 53.8 ในกลุ่มที่มีระดับสารปานกลาง (>1000) และระดับสูง (>2000)ตามลำดับ การทดสอบแนวโน้ม (trend analysis) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างระดับ methamphetamine กับการเกิด EPS มีนัยสำคัญทางสถิติ (trend p-value = 0.020) แสดงให้เห็นถึงลักษณะความสัมพันธ์แบบ dose–response กล่าวคือ ยิ่งระดับ methamphetamine สูงขึ้น อัตราการเกิด EPS ยิ่งเพิ่มสูงขึ้นอย่างเป็นลำดับ

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ Multivariate Logistic Regression เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อ EPS

ตัวแปร	Coefficient	Adjusted OR	95% CI	p-value	การแปลผล
BZs Positive	1.27	3.55	1.18-10.66	0.024*	เพิ่มความเสี่ยง 3.5 เท่า
THC Positive	-0.63	0.53	0.26-1.07	0.078	ไม่มีนัยสำคัญ
Opiate Positive	-1.33	0.27	0.11-0.63	0.003**	ลดความเสี่ยง 73%
Meth High (>2000)	0.2	1.22	0.65-2.27	0.535	ไม่มีนัยสำคัญ
อายุ (ต่อ 1 ปี)	-0.12	0.89	0.86-0.92	<0.001***	อายุน้อยเสี่ยงมากกว่า
เพศชาย	0.67	1.95	0.87-4.38	0.107	ไม่มีนัยสำคัญ
BMI ผิดปกติ	-0.08	0.92	0.51-1.65	0.784	ไม่มีนัยสำคัญ

10. การวิเคราะห์ Multivariate Logistic Regression เพื่อปัจจัยที่มีผลต่อ EPS

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ Multivariate พบว่า : BZs positive เพิ่มความเสี่ยง EPS (adjusted OR 3.55; p=0.024), Opiate positive ลดความเสี่ยง (adjusted OR 0.27; p=0.003), อายุที่เพิ่มขึ้นลดความเสี่ยง (adjusted OR 0.89; p<0.001), เพศและ BMI ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ในประเด็นความสัมพันธ์กับจำนวนครั้ง Admit: ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้ง admit กับการเกิด EPS (adjusted OR 0.98; p=0.934) ผลการวิเคราะห์พบว่าผู้ที่มีผลตรวจสารกลุ่ม benzodiazepines เป็นบวก (BZO positive) มีความเสี่ยงต่อการเกิด EPS สูงกว่าผู้ที่ไม่พบสารดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่า adjusted odds ratio เท่ากับ 3.55 (95% CI: 1.18–10.66, p = 0.024) แสดงให้เห็นว่าการใช้ร่วมกับยากลุ่ม antipsychotics อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด EPS ผ่านกลไกของการเสริมฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ในทางกลับกัน ผู้ที่มีผลตรวจ opiate เป็นบวก มีความเสี่ยงต่อการเกิด EPS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า adjusted odds ratio เท่ากับ 0.27 (95% CI: 0.11–0.63, p = 0.003) ซึ่งอาจอธิบายได้จากฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางของสารกลุ่ม opiates ที่ช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อและอาการเคลื่อนไหวผิดปกติหรืออาจสะท้อนถึงรูปแบบการรักษาที่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารกระตุ้นเป็นหลัก สำหรับผลตรวจ THC เป็นบวก แม้จะพบความสัมพันธ์กับการเกิด EPS ในการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดี่ยว แต่เมื่อควบคุมปัจจัยร่วมอื่น ๆ แล้ว ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่คงอยู่ในระดับนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 0.53, p = 0.078) สะท้อนว่า THC อาจไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงโดยตรงต่อการเกิด EPS แต่เป็นตัวแทนของพฤติกรรมการใช้สารร่วม หรือความซับซ้อนของการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว ในทำนองเดียวกัน ระดับ methamphetamine สูง (>2000) ซึ่งแสดงแนวโน้มแบบ dose–response ในการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดี่ยว ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญหลังการปรับด้วยปัจจัยอื่น (adjusted OR = 1.22, p = 0.535) ชี้ให้เห็นว่า ความเสี่ยงต่อการเกิด EPS อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านการรักษาและลักษณะผู้ป่วยมากกว่าผลของสารเสพติดเพียงอย่างเดียว ด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าอายุที่น้อยลง เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระต่อการเกิด EPS โดยอายุที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปี จะ

ลดความเสี่ยงของการเกิด EPS ลงประมาณร้อยละ 11 (adjusted OR = 0.89, 95% CI: 0.86–0.92, p < 0.001) ขณะที่เพศและดัชนีมวลกายไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยใช้ระบบเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Events; ADEs) ผ่านเครื่องมือส่งสัญญาณ (Trigger Tool) ที่พัฒนาขึ้นเฉพาะสำหรับผู้ป่วยบำบัดสารเสพติดแบบผู้ป่วยใน ผลการศึกษาสะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังเชิงรุกในการตรวจจับอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse Drug Reactions; ADRs) รวมถึงลักษณะ รูปแบบการเกิด กลไกทางเภสัชวิทยา และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในประชากรกลุ่มนี้ การประยุกต์ใช้ Trigger Tool เพื่อพัฒนาระบบติดตามความปลอดภัยเฉพาะบริบทสอดคล้องกับรายงานของ Meyer-Massetti[5], Rozich[16] และ น่ารัก ยี่สุ่น[15] ซึ่งสนับสนุนการใช้ trigger-based surveillance เพื่อเพิ่มการตรวจพบและป้องกันปัญหาจากการใช้ยา

1. ประสิทธิภาพของ Trigger Tool Trigger Tool ที่พัฒนาขึ้นมีค่า Positive Predictive Value (PPV) ร้อยละ 67.2 ซึ่งอยู่ในช่วงที่สอดคล้องกับรายงานการใช้ IHI Global Trigger Tool ในต่างประเทศ (PPV ร้อยละ 50–75; sensitivity ร้อยละ 70–95)[26-27] ระบบดังกล่าวสามารถตรวจพบ ADR ในระยะต้น โดยเฉพาะช่วงสัปดาห์แรกหลังเริ่มยา สะท้อนศักยภาพของระบบเฝ้าระวังเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพเหนือกว่าระบบรายงานแบบสมัครใจ ซึ่งมักเผชิญปัญหา under-reporting และ reporting bias

2. ลักษณะและกลไกของ ADR ADR ที่พบมากที่สุดคือ extrapyramidal symptoms (EPS) ร้อยละ 39.9 โดยเฉพาะ acute dystonia รองลงมาคือผื่นแพ้ยาและ akathisia ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยากลุ่ม antipsychotics โดยเฉพาะ typical antipsychotics ซึ่งมีความเสี่ยง EPS สูงกว่า atypical antipsychotics EPS เกิดจากการยับยั้ง dopamine D_2 receptor ใน nigrostriatal pathway ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่าง dopamine และ acetylcholine ใน basal ganglia อาการที่พบ ได้แก่ dystonia, akathisia, parkinsonism และ tardive dyskinesia ซึ่งเป็น ADR ชนิดที่คาดการณ์ได้จากกลไกทางเภสัชวิทยา[28-29] ในบริบทผู้ป่วยที่มีประวัติใช้ methamphetamine ซึ่งเพิ่ม dopamine release อย่างเฉียบพลัน เมื่อได้รับ antipsychotics อาจเกิด dopamine depletion แบบฉับพลัน ส่งผลให้เกิด EPS ได้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับความสัมพันธ์เชิง dose–response ที่พบในการวิเคราะห์เบื้องต้น[30-32]

3. ปัจจัยเสี่ยงและการวิเคราะห์ การวิเคราะห์ multivariate logistic regression พบว่า ผลตรวจ benzodiazepines เพิ่มความเสี่ยง EPS อย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR 3.55), อายุที่น้อยเป็นปัจจัยเสี่ยง โดยอายุที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปีลดความเสี่ยงลงอย่างมีนัยสำคัญ, ผลตรวจ opiates มีความสัมพันธ์เชิงป้องกัน (ลดความเสี่ยงประมาณร้อยละ 73), THC มีความสัมพันธ์ใน univariate แต่ไม่คงอยู่ในแบบจำลองพหุ,ผลดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานปัจจัยเสี่ยงของ EPS ในต่างประเทศ ได้แก่ อายุ ขนาดยา ชนิดยา และการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (polypharmacy)[29,31-32] อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์เชิงป้องกันของ opiates เป็นเพียงข้อค้นพบเชิงสถิติ และไม่สามารถสรุปเชิงสาเหตุได้

4. Time-to-Onset และการจัดการ ADR ส่วนใหญ่เกิดในระยะต้นของการรักษา โดย median onset time เท่ากับ 6 วัน (IQR 2–16) และมากกว่าร้อยละ 70 เกิดภายใน 2 สัปดาห์แรก สอดคล้องกับลักษณะ ADR ชนิด Type A[31-32] การเฝ้าระวังในช่วง 7–14 วันแรกจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การจัดการที่พบบ่อยที่สุดคือการให้ anticholinergic agents โดยเฉพาะ benztropine[12, 33] ซึ่งช่วยปรับสมดุล dopamine–acetylcholine และออกฤทธิ์รวดเร็ว (15–30 นาที) การใช้ benztropine injection จึง

เป็น trigger สำคัญที่บ่งชี้การเกิด EPS เฉียบพลัน ADR ส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรุนแรง D และ E ตาม NCC MERP Index ผู้ป่วยร้อยละ 91.5 หายเป็นปกติ และไม่พบเหตุการณ์เสียชีวิต สะท้อนประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวัง

5. จุดแข็งและข้อจำกัด จุดแข็ง เป็นงานวิจัยในบริบทผู้ป่วยบำบัดสารเสพติดซึ่งมีข้อมูลจำกัดในประเทศไทย การใช้ Trigger Tool เชิงระบบ ลดการพลาด ADR วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วย multivariate model และ time-to-event analysis

6.ข้อจำกัด เป็น retrospective study ขึ้นกับความครบถ้วนของเวชระเบียนเป็นศึกษาในสถาบันเดียว จำกัดการนำผลไปใช้ทั่วไป และไม่สามารถสรุป causal relationship ได้โดยตรง

บทสรุป เครื่องมือ Trigger Tool ที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจจับ ADR ในผู้ป่วยบำบัดสารเสพติด โดยเฉพาะ EPS ซึ่งเป็น ADR ที่พบบ่อยและมีนัยสำคัญทางคลินิก ระบบเฝ้าระวังเชิงรุกช่วยให้ตรวจพบเหตุการณ์ในระยะต้น ลดความรุนแรง และสนับสนุนการพัฒนาระบบความปลอดภัยผู้ป่วยบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

เชิงปฏิบัติ

จากข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัย เมื่อผู้ป่วยได้รับยาต้านจิต ควรเฝ้าระวัง EPS ใกล้ชิดใน 7–14 วันแรก ควรใช้ antipsychotics อย่างระมัดระวัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยอายุน้อย และลดการใช้ยาต้านจิต polypharmacy รวมทั้งควรประเมินความจำเป็นของ benzodiazepines หากมีการใช้ยาร่วมกัน

เชิงระบบ

ควรบูรณาการ Trigger Tool เข้ากับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล สนับสนุนบทบาทเภสัชกรคลินิก ใช้ข้อมูล surveillance เพื่อพัฒนานโยบายความปลอดภัยด้านยา

เชิงวิจัย

ดำเนิน prospective study เพื่อประเมิน incidence และ causal pathway การวิจัยควรขยายเป็นแบบ multi-center study และศึกษาปัจจัยทาง pharmacogenomics ที่เกี่ยวข้องกับ EPS

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องการค้นหาอาการที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้เครื่องมือส่งสัญญาณที่พัฒนาขึ้น สำหรับสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี ได้ดำเนินการจนงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีโดยความร่วมมือจากหน่วยงานและบุคลากรหลายๆ ฝ่าย คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สรายุทธ์ บุญชัย พานิชวัฒนา ผู้อำนวยการฯ นายแพทย์ภัทรินทร์ ชมพูคำ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ เภสัชกรหญิงสมพร สุวรรณมาโจ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานตลอดโครงการวิจัย

ขอขอบพระคุณ อ.ดร.ภก.ศุภชัย อินสุข รองคณบดีฝ่ายบริหารและเทคโนโลยีสารสนเทศคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการที่ให้แนวคิดอันเป็นประโยชน์ในการดำเนินการศึกษาข้อมูลงานวิจัยนี้จนลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณกรรมการกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม ที่อนุมัติทุนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

ดร.จรุณรักษ์ ยี่ภู่, ดร.สำเนา นิลบรรพ์, คุณธัญญา สิงห์โต, คุณวิรดา จันทร์ลอย, คุณสุทธินี รอดปรีชา ผู้ที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกเรื่องระเบียบและเอกสาร ตลอดจนให้คำปรึกษาและกำลังใจในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

คุณสุรชัย พุ่มฉัตร เจ้าหน้าที่เวชระเบียน ผู้อำนวยความสะดวกเรื่องสืบค้นงานเวชระเบียน

กลุ่มงานวิจัยและเทคโนโลยีทางการแพทย์ของสถาบันฯ ที่เป็นที่ปรึกษาการวิจัยที่ให้คำแนะนำข้อคิดเห็น แนวทางในการดำเนินการวิจัยและเป็นที่ปรึกษาอย่างดีมาโดยตลอด ในการนี้ทางคณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คุณค่าของงานวิจัยนี้จะบังเกิดผล

สร้างระบบติดตามการใช้ยาที่ปลอดภัยเพื่อดูแลและติดตามการใช้ยารักษาโดยการติดตามเครื่องมือส่งสัญญาณชนิดจำเพาะแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทุกท่านสืบต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข.(2567). รายงานประจำปี 2567 [Internet]. 2567 [cited 2025 Jan 4]. Available from: https://ncmc.moph.go.th
2. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.(2567). รายงานประจำปี 2567 [Internet]. 2567 [cited 2025 Jan 4]. Available from: http://www.pmnidat.go.th
3. Patel TK, Patel PB.(2018). Mortality among patients due to adverse drug reactions that lead to hospitalization: a meta-analysis. Eur J Clin Pharmacol. 2018;74:819–32.
4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).(2561). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพมหานคร: สรพ.; 2561. P. 99–111.
5. Meyer-Massetti C, Cheng CM, Schwappach DL, Paulsen L, Ide B, Meier CR, et al.(2011). Systematic review of medication safety assessment methods. Am J Health Syst Pharm. 2011;68(3):227–40. Doi:10.2146/ajhp100019
6. สุรวุฒิ ลีลหะกร.(2562). Trigger tool เครื่องมือในการค้นหาและติดตามระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย [Internet]. กรุงเทพมหานคร: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; 2562 [cited 2025 Jan 5]. Available from: http://www.bph.moph.go.th
7. อังกรู ภัทรากร, ศุภฤกษ์ นาคดิลก, และคณะ.(2564). คู่มือแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร; 2564. P.14–6.
8. ธิดา นิงสานนท์, จันทิมา โยธา, บรรณาธิการ.(2551). แนวทางการปฏิบัติในการทำงานติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย).
9. มังกร ประพันธ์วัฒนะ.(2541). นิยามและการจัดการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยาเชิงบูรณาการ. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย).
10. สุนทร ปภานิธินันท์.(2025). ระบบเฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) กับแนวคิดการพัฒนาเชิงระบบ [Internet]. [cited 2025 Jan 21]. Available from: https://ccpe.pharmacycouncil.org
11. Health Product Vigilance Center.(2023). Spontaneous reports of adverse drug reactions 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 21]. Available from: https://catalog.fda.moph.go.th
12. Yeesoonpan N, Tragulpiankit P, Kaeratigachakorn W, Uaviseswong T, Ningsananda T, Chaikledkaew U, et al. (2015). Detecting adverse drug events by trigger tool at a provincial hospital in Thailand. Thai J Pharm Pract. 2015;7:234–49.
13. Inprasit N, Tragulpiankit P, Rerkpattanapipat T, Chulavatnatol S.(2020). Testing of trigger tool for adverse drug reaction detection developed for a large teaching hospital in Thailand. Thai J Pharm Pract. 2020;12:643–55.
14. รติการณ์ พิทาคำ, ธนิสา กฤษฎาธาร, วรกมล ติยะประเสริฐกุล, รัชรินทร์ โพธิกุล.(2561). การค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยใช้เครื่องมือส่งสัญญาณ: นาล็อกโซน. เชียงใหม่เวชสาร. 2561;57(1):49–60.
15. Yeesoonpan N, Tragulpiankit P, Ningsananda T, AdCOPT working team.(2021). The pilot study of evaluation of IHI ADE trigger tool in Thai hospitalized patients: multicenter study (abstract). Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2011;20:349.
16. Rozich JD, Haraden CR, Resar RK.(2003). Adverse drug event trigger tool: a practical methodology for measuring medication-related harm. Qual Saf Health Care. 2003;12:194–200.
17. Mäkelä M, et al.(2014). Characterisations of adverse events detected in a university hospital: a retrospective medical record review study using the Global Trigger Tool. BMJ Open. 2014;4:e005092. doi:10.1136/bmjopen-2014-005092.

18. Valkonen V, Haatainen K, Saano S, Tiihonen M.(2023). Evaluation of Global trigger tool as a medication safety tool for adverse drug event detection—a cross-sectional study in a tertiary hospital. Eur J Clin Pharmacol. 2023;79:617–625. doi:10.1007/s00228-023-03483-0.
19. Gadde RS, Dhanenkula DT, Kammila S, Nelluri D, Polisetty M, Kaniganti S, et al.(2018). Trigger tool based detection of adverse drug reactions in a tertiary care teaching hospital: a prospective observational study. Indian J Pharm Pract. 2018;11:111–5.
20. Asavaroengchai S, Sriratanabana J, Hiransuthikul N, Supachutikul A.(2009). Identifying adverse events in hospitalized patients using global trigger tool in Thailand. Asian Biomed. 2009;3:545–50.
21. Sirisuwannarat S.(2563). Neuroleptic malignant syndrome: a review and report of six cases. 2563;16:1–23.
22. Berman BD.(2011). Neuroleptic malignant syndrome: a review for neurohospitalists. Neurohospitalist. 2011;1:41–7.
23. Rattay B, Benndorf RA.(2021). Drug-induced idiosyncratic agranulocytosis Infrequent but dangerous. Front Pharmacol. 2021;12:1–13.
24. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล.(2548). การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ.
25. Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, Sandor P, Ruiz I, Roberts EA, et al.(1981). A method for estimating the probability of adverse drug reactions. Clin Pharmacol Ther. 1981;30:239–45.
26. Classen DC, et al.(2011). Global trigger tool shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. Health Aff (Millwood). 2011;30(4):581–9.
27. Rozich JD, et al.(2003). Practical application of the global trigger tool in identifying adverse events in a community hospital. Qual Saf Health Care. 2003;12(3):187–92.
28. Ali T, Sisay M, Tariku M, Mekuria AN, Desalew A.(2021). Antipsychotic-induced extrapyramidal side effects: a systematic review and meta-analysis of observational studies. PLoS One. 2021;16(9):e0257129. doi:10.1371/journal.pone.0257129.
29. Sharumathi SM, Bhavatharini S, Rinu MX, Arun KP, Deepalakshmi M.(2023). Extrapyramidal effects of first and second generation antipsychotics: a review. Int J Drug Dev Technol. 2023;13(4):1623-30.
30. Cruickshank CC, Dyer KR.(2009). A review of the clinical pharmacology of methamphetamine. Addiction. 2009;104(7):1085-99.
31. Galvañ J, Suárez-Campayo J, Ayora M, Gil S, Winter-van Rossum I, Berger G, et al.(2025). Extrapyramidal symptoms as early clinical predictors in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: findings from the OPTiMiSE trial. Eur Neuropsychopharmacol. 2025;98:35-45.
32. Nwokike MO, Ghasi SI, Ogbonna AO, Ezenwaeze MN, Ezinwa AC.(2022). Extrapyramidal symptoms and novel antipsychotic drugs. Int Neuropsychiatr Dis J. 2022;17(4):1-7.
33. Jongkonnee C, Sitthinant T.(2026). Factors associated with preventable severe extrapyramidal symptoms from antipsychotic use identified using benztropine as a trigger tool. Thai Bull Pharm Sci. 2026;21(1):71-85.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026

Part III

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

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026
Part 3

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม .. 591
เกษศิรินทร์ ประทุมเศษ

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกระดูกหน้าแข้งหักจากมะเร็งปอดแพร่กระจาย: กรณีศึกษา 598
ธารีรัตน์ วรากรกุล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ ภายหลังการผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม โรงพยาบาลสงขลา 606
สรวีย์ ธิติเลิศ

ดัชนีไกลเคชั่นของฮีโมโกลบิน(Hemoglobin Glycation Index) : ความชุกและปัจจัยเสี่ยงในการทำนายการเกิดโรคไตเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลระยอง 617
ปิยะเรข ปภิรัชนาท

ความสามารถในการวินิจฉัยอัตราส่วนของนิวโทรฟิลต่อลิมโฟซัยท์ และอัตราส่วนเกล็ดเลือดต่อลิมโฟซัยท์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด โรงพยาบาลระยอง 626
ภัทร ชุติมานุกูล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในการเจ็บป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา ... 634
ทัศน์วรรณ ชาลีวรรณ

การพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วม มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา 647
ภัชชนก รัตนกรปรีดา ,เยาวลักษณ์ เตี้ยนวน ,บุญเรือง ขาวนวล

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโกในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วย เบาหวานกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี 661
รัติยากร เจริญท้าว ,อารี บุตรสอน

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร 670
วิมลวรรณ แก้วคำแสน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก 678
สงน บุญญะ

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง 689
ยุรฉัตร์ สวัสดี ,กนก พานทอง ,ยุทธนา จันทะขิน

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชา 700
วรรณพร พงษ์ไกรกิตติ ,พูลพงศ์ สุขสว่าง ,ยุทธนา จันทะขิน

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 715
สุภาพรรณ วงศ์เสาร์

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคต้อกระจกที่มีภาวะโรคร่วมเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาเทียม โรงพยาบาลพัฒนานิคม : กรณีศึกษา 729
จารุนีย์ โฉมบุตร

การพัฒนารูปแบบเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบเพื่อปรับปรุงการสอบสวนควบคุมโรคแอนแทรกซ์ของหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อที่ถ่ายโอนภารกิจ ในพื้นที่ชายแดนเขตสุขภาพที่ 10 พ.ศ.2568 736
ชัยนันต์ บุตรกาล สำรวย ศรศรี

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร 747
มยุรี นุ้ยมาก

การเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง และการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในผู้ป่วยกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดแผลจัดกระดูกและยึดตรึงด้วยโลหะในโรงพยาบาลพิมาย 763
สุรีย์รัตน์ พูพิมาย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง 773
สุวิมล สนั่นชาติวณิช ,บุบผา บุญญามณี ,มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026
Part 3

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ประสิทธิผลของการบริโภคเครื่องดื่มปลีกล้วยผสมขิงสำเร็จรูปต่อการเพิ่มน้ำนมในมารดาหลังคลอด และการลดภาวะโคลิกในทารก: การศึกษาเชิงทดลองในชุมชน 785
เพ็ชรัตน์ เตชาทวีวรรณ ,พงศ์สุวรรณ สมาแฮ

การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ 792
ประวัติ พลแสน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลสองพี่น้อง 802
สุดใจ บุญก่อเกื้อ

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง กรณีศึกษา 2 ราย 815
มะลิวัลย์ ถิตย์สุวรรณ

ผลของโปรแกรมการควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วย เบาหวานและความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (บ้านนาโพธิ์) เทศบาลเมืองหนองคาย 827
กัลยาณี ปุณขันธุ์

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 41 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ มกราคม – มีนาคม 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน การบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยกระบวนการจัดการความรู้ผ่านค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัยอายุ 3–5 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการ พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ระดับความเข้าใจและการปฏิบัติด้านพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลหญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่น (Flexible Meal Planning) การเปลี่ยนแปลงของการโค้ชตาม GROW Model ต่อการทำงานเป็นทีม ความผิดปกติของรูปร่างเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ Dysmorphic ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพนักงานให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอย ภาวะปากแห้งของผู้สูงอายุ การให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงท้องไม่พร้อม การเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา กฎหมายกัญชาและกัญชงในประเทศไทย ระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลกับความเครียดของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ การพัฒนาเครือข่ายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกและเด็กป่วย สื่อดิจิทัลการโค้ชแบบโกรว์โมเดลต่อความรู้และทักษะในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลตรวจหามะเร็งในต่อมทอนซิลของผู้ป่วยที่ตัดต่อมทอนซิลจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก แอปพลิเคชัน LINE ในการส่งเสริมความร่วมมือของหญิงตั้งครรภ์เพื่อรักษาภาวะโลหิตจาง แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) การดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด NCDs ของนักศึกษาพยาบาล การค้นหาอาการที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้เครื่องมือส่งสัญญาณ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกระดูกหน้าแข้งหักจากมะเร็งปอดแพร่กระจาย ดัชนีไกลเคชั่นของฮีโมโกลบิน(Hemoglobin Glycation Index) การวินิจฉัยอัตราส่วนของนิวโทรฟิลต่อลิมโฟซัยท์ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในการเจ็บป่วยระยะกลาง การพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนน โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา พฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย การหาปริมาณ rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว การบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

Participatory Development of a Community-Based Intermediate Care Model at Borabue Hospital, Maha Sarakham Province.

(Received: March 14,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 23,2026)

เกษศิรินทร์ ประทุมเศษ[1]
Ketsirin Prathumset[1]

บทคัดย่อ

กระทรวงสาธารณสุขมุ่งพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ให้เชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการบริการสุขภาพ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง การวางแผนจำหน่าย การเยี่ยมฟื้นฟูที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ และระบบการแพทย์ทางไกล ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระหว่างเดือน สิงหาคม 2566 ถึง สิงหาคม 2567 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์และความต้องการ การพัฒนารูปแบบ และการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะกลางรายใหม่ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 28 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบบประเมินคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจ รวมทั้งคู่มือและแผนการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired-samples t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คู่มือการจัดบริการและแนวทางปฏิบัติทางคลินิก CPG-IMC Community 2) การวางแผนจำหน่ายและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแล 3) ระบบสื่อสารและส่งต่อข้อมูลผ่าน COCR9, Line และ Telemedicine 4) แผนการดูแลและแผนการจัดการตนเองรายบุคคล 5) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ และ 6) คู่มือการดูแลพร้อม QR Code ภายหลังติดตามผลครบ 6 เดือน คะแนน ADL เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 9.60 (S.D. = 0.71) เป็น 13.50 (S.D. = 0.75) โดยผู้ป่วยทุกรายมีคะแนนเพิ่มขึ้น และไม่พบภาวะแทรกซ้อนตามข้อมูลที่ศึกษา คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.77 (S.D. = 0.23) ระดับต่ำ เป็น 2.89 (S.D. = 0.18) ระดับปานกลาง ส่วนความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.32, S.D. = 0.81)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะกลาง, การดูแลต่อเนื่องในชุมชน, การมีส่วนร่วม, การจัดการตนเอง, การฟื้นฟูสมรรถภาพ

Abstract

The Ministry of Public Health of Thailand aims to develop an Intermediate Care (IMC) rehabilitation service system that ensures continuity of care from hospitals to communities. This study aimed to examine healthcare service needs, develop a participatory model for continuous community-based intermediate care, and evaluate the outcomes of the developed model. The model incorporated self-management support, discharge planning, multidisciplinary home visits, and telemedicine. An action research design was conducted from August 2023 to August 2024, comprising three phases: situation and healthcare needs assessment, model development, and outcome evaluation. The participants were 28 newly admitted intermediate care patients receiving services at Borabue Hospital, Maha Sarakham Province, Thailand, selected through purposive sampling. The research instruments included an interview questionnaire, the Activities of Daily Living (ADL) assessment, a quality-of-life assessment, a satisfaction questionnaire, and self-management manuals and plans. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired-samples t-test.

The findings revealed that the developed model consisted of six components: (1) a community-based IMC service manual and clinical practice guidelines (CPG-IMC Community); (2) discharge planning and preparation of patients and caregivers; (3) a communication and referral system using COCR9, Line, and telemedicine; (4) individualized care plans and self-management plans; (5) multidisciplinary home-visit documentation; and (6) a community-based care manual with a QR code for convenient access to relevant information. After six months of follow-up, the mean ADL score increased from 9.60 (SD = 0.71) to 13.50 (SD = 0.75), with all patients showing improved scores. No complications were identified in the data collected. The mean quality-of-life score increased from 1.77 (SD = 0.23), indicating a low level, to 2.89 (SD = 0.18), indicating a moderate level. Overall satisfaction among healthcare providers and service recipients was high (mean = 4.32, SD = 0.81).

Keywords: Intermediate care, continuous community-based care, participation, self-management, rehabilitation

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ มีเป้าหมายเพื่อให้ ประชาชนทุกคนสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ในรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และ ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง และพัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่ายพื้นที่ สร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างเท่าเทียมกันภายในเครือข่ายเขตสุขภาพ สามารถลดอัตราป่วย อัตราตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย อีกทั้งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านที่พ้นภาวะวิกฤติ ที่สามารถจัดบริการได้ในโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนดนโยบายพัฒนาระบบบริการ บริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ขึ้น ให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งรับผู้ป่วยพ้นวิกฤต มาดูแล เพื่อส่งเสริมการกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติของผู้ป่วย เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลทั่วไป และเป็นการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อพ้นระยะวิกฤติ จะถูกจำหน่ายให้กลับบ้านทันที แต่เมื่อกลับไปอยู่บ้านพบว่าญาติไม่พร้อมในการดูแลขาดอุปกรณ์ช่วยในการดูแล ต้องการความช่วยเหลือด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐานแก่ผู้ป่วยการปรับปรุงบ้านที่พักอาศัย ทำให้บ่อยครั้งผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควรจนเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น จากปัญหาดังกล่าวแนวคิดเรื่องการดูแลระยะกลาง (Intermediate care: IMC) จึงได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น เพื่อหวังที่จะเติมเต็มช่องว่างของระบบบริการ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะ ร่างกาย จิตใจ การทำกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ทั้งการกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพ และเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับญาติหรือผู้ดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงในการพยากรณ์โรคและการฟื้นตัวไม่ดี โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดผู้ป่วย 4 กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการประเมินเป็นผู้ป่วยระยะกลาง และต้องได้รับ 4 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการประเมินเข้าสู่การดูแลระยะกลาง และต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากสหวิชาชีพ เพื่อลดความพิการและเสียชีวิตของผู้ป่วย[1,2]

จากสถิติการให้บริการ ผู้ป่วยระยะกลาง ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลบรบือ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2566 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยระยะกลาง 108 ราย จำแนกเป็น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 84 ราย ผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่ศีรษะและสมอง จำนวน 9 ราย ผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่ไขสันหลัง 1 ราย ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก จำนวน 14 ราย ได้รับการรักษาในระยะต่อเนื่องในชุมชน อาการทุเลา 85 ราย ผู้ป่วยเสียชีวิต 23 ราย ด้วยการเจ็บป่วยหลักภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วม

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนของอำเภอบรบือจังหวัดมหาสารคาม ยังไม่ครอบคลุมถึงพื้นที่บริการในเขตพื้นที่บริการกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบรบือ ผู้วิจัยจึงได้ทำการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ขึ้นเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้มีความต่อเนื่องและขยายบริการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่หมู่บ้าน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมโรงพยาบาลบรบือ

2.เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยดำเนินการตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[4] ตามวงจร PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา ประชากร คือ ผู้ป่วยระยะกลางรายใหม่ ที่เข้ารับบริการใน รพ.บรบือ ระหว่าง เดือน พ.ย.2566 จำนวน 28 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามปลายปิด จำนวน 15 ข้อ **ส่วนที่ 2** แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Index) **ส่วนที่ 3** แบบประเมินชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก จำนวน 26 ข้อ **ส่วนที่ 4** แบบวัดความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ และตัวชี้วัดการให้บริการการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาณ ได้แก่ Paired samples t-test วิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมงานวิจัยในคน รพ.บรบือ จ.มหาสารคาม เลขที่ 19/2566 ลงวันที่ 15 ต.ค.2566

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 3 ท่านตรวจสอบ และปรับแก้ตามผู้เชี่ยวชาญแนะนำแล้ว ถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์และเตรียมการ ระยะดำเนินการวิจัย จำนวน 3 วงรอบ และระยะประเมินผลและสรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และเตรียมการวิจัย (สิงหาคม–ตุลาคม 2566) กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล 11 คน พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 17 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 28 คน และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ อสม. และผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แนวคำถามสนทนากลุ่มและเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ ดำเนินการโดยทบทวนโครงสร้างและระบบบริการ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนาเครื่องมือ จากนั้นรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลปัญหา อุปสรรค และความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อยกร่างแนวทางการดูแลต่อเนื่อง จัดทำคู่มือและสมุดประจำตัวผู้ป่วย รวมทั้งเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยและพัฒนารูปแบบ ดำเนินการพัฒนารูปแบบผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 วงรอบ โดยนำผลการปฏิบัติและการสะท้อนความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องมาปรับปรุงระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

วงรอบที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและพัฒนารูปแบบเบื้องต้น (พฤศจิกายน 2566–มกราคม 2567) รวบรวมข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย โดยใช้การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการทบทวนเวชระเบียนและรายงานการเยี่ยมบ้าน ประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management Support) ในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ จากนั้นคืนข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องผ่านการประชุมและการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ และชุมชน เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล จัดอบรมบุคลากรและ อสม. จำนวน 150 คน และทดลองใช้รูปแบบกับผู้ป่วยระยะกลาง 28 ราย ผลการประเมินพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ บุคลากรขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ การส่งต่อข้อมูลล่าช้า อุปกรณ์ดูแลที่บ้านไม่เพียงพอ และข้อจำกัดในการเดินทางเพื่อเข้าถึงบริการ จึงนำประเด็นดังกล่าวมาวางแผนปรับปรุงในวงรอบถัดไป **วงรอบที่ 2** ปรับปรุงระบบการดูแลและเพิ่มการเข้าถึงบริการ (กุมภาพันธ์–

เมษายน 2567) นำผลการประเมินจากวงรอบที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและพยาบาลชุมชน เพื่อพัฒนาทักษะบุคลากร ปรับปรุงการส่งต่อข้อมูล และจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมทั้งประสานผู้นำชุมชนใน 209 หมู่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน 15 ตำบล เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะการจัดรถรับส่งผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง นอกจากนี้ พัฒนาระบบติดตามและปรึกษาอาการผ่าน Telemedicine ร่วมกับทีมหมอครอบครัวและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนประสานการประเมินและดำเนินการด้านสิทธิคนพิการสำหรับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์

วงรอบที่ 3 ปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์และประเมินผล (พฤษภาคม–กรกฎาคม 2567) นำผลการดำเนินงานจากวงรอบก่อนหน้ามาทบทวนร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและชุมชน โดยเน้นความต่อเนื่องในการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อข้อมูล การฟื้นฟูสมรรถภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 3 ประเมินผลและสรุปรูปแบบ (สิงหาคม 2567) รวบรวมและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานจากทั้ง 3 วงรอบ สังเคราะห์ข้อมูลเชิงกระบวนการและผลลัพธ์การดูแล รวมทั้งข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อสรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ให้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนได้อย่างเหมาะสม

จริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้วิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 19/2566 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา

1. บริบทการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน ดังนี้ โรงพยาบาลบรบือ ดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย IMC community พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม มีกระบวนการดังนี้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คู่มือการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลบรบือ และแนวทางปฏิบัติทางคลินิก CPG-IMC Community เพื่อกำกับการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ 2) รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน พร้อมเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยบริการในชุมชน 3) ระบบการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างทีมสหวิชาชีพผ่านระบบ COCR9 และกลุ่ม Line รวมถึงการใช้ Telemedicine และระบบ Consult ของทีมหมอครอบครัว 4) รูปแบบการจัดทำแผนการดูแลและแผนการจัดการตนเองรายบุคคล (Care Plan) เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลและติดตามต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน 5) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การติดตาม ประเมินปัญหา และแก้ไขความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และ 6) คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนพร้อม QR Code เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรสามารถเข้าถึงองค์ความรู้และแนวทางการปฏิบัติงานได้สะดวก ภายหลังการนำรูปแบบไปใช้และติดตามผลครบ 6 เดือน พบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 9.60 คะแนน (S.D. = 0.71) เป็น 13.50 คะแนน (S.D. = 0.75) โดยผู้ป่วยทุกรายมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น และไม่พบภาวะแทรกซ้อนตามข้อมูลที่ศึกษา ผลการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนการพัฒนาพบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 1.77 (S.D. = 0.23) อยู่ในระดับต่ำ และภายหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.89 (S.D. = 0.18) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 4.32 (S.D. = 0.81)

2. ผู้ป่วยระยะกลาง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ถึงร้อยละ 71.4 และกลุ่มโรคผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 28.6 ,ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.1,มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 66ปี,ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะภาพหม้าย ร้อยละ 53.6 ,มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถม ร้อยละ 82.1,ผู้ดูแลหลักในครอบครัวคือบุตรหลาน ร้อยละ 53.6 , มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 82.1 , ผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลค่าใช้จ่ายคือบุตรหลาน ร้อยละ 57.1,มีโรคประจำตัวเดิม ร้อยละ 53.6,เมื่อมีปัญหา

ด้านสุขภาพใช้บริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐบาล ร้อยละ 96.4, ดูแลสุขภาพและรักษาโรคประจำตัวอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 78.6 , มีดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะปกติ ร้อยละ 57.1 ,ความสามารถในการรับประทานอาหารต้องมีผู้ดูแลช่วยป้อนถึง ร้อยละ 3.6, ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูกต้องใช้ยาระบายหรือสวนทวาร สัปดาห์ละ 1– 2 ครั้ง ถึง ร้อยละ 39.3, ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ขับถ่ายปัสสาวะได้เอง ร้อยละ 46.5

3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Index) ผู้ป่วยระยะกลางมีค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยค่าเฉลี่ยคะแนนก่อน เท่ากับ 9.6 คะแนน (คะแนนรวม 9 – 11 คะแนน ผู้ป่วยระยะกลางต้องการพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง) ค่าเฉลี่ยคะแนนหลัง เท่ากับ 13.5 คะแนน (คะแนนรวมตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ผู้ป่วยระยะกลางไม่มีภาวะพึ่งพา)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลัง

ตัวแปร	ก่อน	หลัง	t
	$\overline{X}$ ±S.D.	$\overline{X}$ ±S.D.	
Barthel Index	9.60 ± 0.71	13.50 ± 0.75	- 7.047*

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะกลาง ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมของคะแนนชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะกลางก่อนได้รับการดูแลโดยระบบ อยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 1.77) และคะแนนชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะกลางหลังการดูแลโดยระบบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.89) ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนและหลัง

ตัวแปร	ก่อน	หลัง	t
	$\overline{X}$ ±S.D.	$\overline{X}$ ±S.D.	
คุณภาพชีวิต	1.77± 0.23	2.89 ± 0.18	-27.356*

ความพึงพอใจต่อการให้บริการของผู้ป่วยระยะกลางผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมของความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 4.17) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ ความพึงพอใจในการให้บริการ (ค่าเฉลี่ย = 4.32) การให้คำแนะนำชัดเจนครบถ้วน ตรงตามความต้องการ (ค่าเฉลี่ย = 4.28) ความรู้สึกเชื่อมั่นต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่(ค่าเฉลี่ย = 4.28)ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยอาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ผู้ป่วย ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้เกิดการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชนอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ มีผลการพัฒนาที่สำคัญ ดังนี้

1. การพัฒนาเครื่องมือและมาตรฐานการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชน การวิจัยทำให้เกิดคู่มือการจัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลบรบือ และแนวทางปฏิบัติทางคลินิก CPG-IMC Community เพื่อใช้เป็นกรอบกำกับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมรูปแบบการจัดบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพ บทบาทของโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แนวทางการดำเนินงาน และแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน เครื่องมือดังกล่าวช่วยให้ผู้ให้บริการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ลดความแตกต่างในการจัดบริการ และสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน

2. การพัฒนาระบบวางแผนจำหน่ายและการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแล รูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้ความสำคัญกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) โดยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน พร้อมเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาและการฟื้นฟูไปยังหน่วยบริการในชุมชน ผ่านระบบ COCR9 และ Line Group รวมทั้งสนับสนุนการปรึกษาระหว่างทีมหมอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพด้วยระบบ Telemedicine และระบบ Consult ส่งผลให้การประสานงานและการส่งต่อข้อมูลมีความสะดวก รวดเร็ว และเอื้อต่อการติดตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ยังมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) และแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน เพื่อกำหนดกิจกรรมการดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามประเมินผลตามสภาพปัญหาและความจำเป็นของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ช่วยให้ทีมผู้ดูแลสามารถปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับศักยภาพและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

3. การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน การพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชน พร้อม QR Code สำหรับเข้าถึงองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติงาน เป็นการสนับสนุนให้ อสม. ผู้ดูแล และผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยได้สะดวกขึ้น เนื้อหาครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง การบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง และกระดูกสะโพกหัก ตลอดจนการประเมินความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจ การฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด การใช้อุปกรณ์ฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพัฒนาดังกล่าวช่วยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพ

4. ผลลัพธ์ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ภายหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อเนื่องในชุมชนไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธล (Barthel Index: BI) เพิ่มขึ้นจาก 9.6 คะแนนก่อนดำเนินการ เป็น 13.5 คะแนนหลังดำเนินการ เพิ่มขึ้น 3.9 คะแนน สะท้อนถึงแนวโน้มการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสุภัทรา พุฒฤทธิ์[5] ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และที่บ้าน มีคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของปิยาภรณ์ หอมกลิ่น[6] ที่พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องร่วมกับการติดตามผลเป็นระยะ มีส่วนช่วยให้คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น และช่วยเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ในทำนองเดียวกันและการศึกษาของสุภาภรณ์ เทพพาณิชย์[7] พบว่า ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันร่วมกับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จังหวัดสระบุรี ช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง

5. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจต่อระบบบริการ ภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยระยะกลางมีผลการประเมินคุณภาพชีวิตในทิศทางที่ดีขึ้น และผู้ให้บริการ ผู้ป่วย หรือญาติมีความพึงพอใจต่อระบบบริการในระดับสูงตามผลการประเมินที่รายงานไว้ ทั้งนี้ การจัดบริการโดยทีมสหวิชาชีพที่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจน การติดตามผ่าน Telemedicine และการบูรณาการภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นกลไกที่เอื้อต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ผลด้านความพึงพอใจสะท้อนความสำคัญของการจัดบริการที่คำนึงถึงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม อย่างไรก็ตาม ควรนำเสนอผลคะแนนหรือระดับความพึงพอใจแยกตามกลุ่มผู้ประเมิน พร้อมระบุเครื่องมือและเกณฑ์การแปลผล เพื่อเพิ่มความชัดเจนและความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบ ส่วนการศึกษาของชุลินดา ทิพย์เกษร วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง[8] สามารถใช้ประกอบการอภิปรายประเด็นการตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้ โดยควรอธิบายความเชื่อมโยงกับบริบทของผู้ป่วยระยะกลางให้ชัดเจน เนื่องจากเป็นการศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพัฒนาระบบบริการ ควรพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องจากผู้ป่วยระยะกลางไปสู่การดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) และการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชนให้เป็นระบบ รวมทั้งพัฒนาช่องทางการเข้าถึงบริการ เช่น การจัดส่งยาและวัสดุทางการแพทย์ถึงบ้าน

ผ่านระบบ Health Rider ตามความจำเป็นและความเหมาะสม เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ลดภาระการเดินทางของผู้ป่วยและครอบครัว และสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องอย่างไร้รอยต่อ

2. ด้านการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย ควรพัฒนาความรู้และทักษะของ อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) และผู้เกี่ยวข้องในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มีเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยระยะกลางรายโรค แผนการดูแลรายบุคคล และแนวทางส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ควบคู่กับการฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งพัฒนาทักษะการประเมินอาการผิดปกติ การเฝ้าระวังความเสี่ยง และการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

3. ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยี ควรพัฒนาระบบสารสนเทศและการใช้เทคโนโลยีในการประสานงาน ส่งต่อข้อมูล และติดตามผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน โดยใช้เครื่องมือที่มีอยู่ เช่น COCR9, Line Group และ Telemedicine ภายใต้แนวทางการรักษาความลับและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบและระยะเวลาการติดตามที่ชัดเจน เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพสามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นและร่วมกันปรับแผนการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาติดตามผลลัพธ์ของรูปแบบในระยะยาว โดยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต ภาวะแทรกซ้อน การกลับเข้ารักษาซ้ำ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล ตลอดจนภาระของผู้ดูแล และควรศึกษาความเป็นไปได้ในการขยายรูปแบบไปยังหน่วยบริการหรือพื้นที่อื่น เพื่อประเมินความเหมาะสม ความยั่งยืน และประสิทธิผลของระบบบริการในบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการจัดบริการผู้ป่วยระยะกลาง (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: บริษัท สำนักพิมพ์ สื่อตะวัน จำกัด.
2. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan). นนทบุรี: บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด.
3. ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเรา โรงพยาบาลบรบือ. (2566) การเจ็บป่วยหลักภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วมและผู้ป่วยระยะกลางปี 2566 โรงพยาบาลบรบือ.
4. Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). Introducing critical participatory action research. The action research planner: Doing critical participatory action research, 1–31.
5. สุภัททา พุฒฤทธิ์. (2563) ผลของระบบบริการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันระหว่างการดูแลแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และที่บ้าน. พุทธชินราชเวชสาร 2563;37(1):83-91.
6. ปิยาภรณ์ หอมกลิ่น. (2564) ประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน ในหน่วยงานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู. Mahidol R2R e-Journalปีที่ 8 ฉบับที่ 3 (2564)
7. สุภาภรณ์ เทพพาณิชย์. (2559). ผลของการใช้ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนจังหวัดสระบุรี. ในสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, บรรณาธิการ. การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) และถอดบทเรียนการดำเนินงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 24.
8. ชุลินดาทิพย์เกสร , วัลภา คุณทรงเกียรติ, และสุภาภรณ์ ด้วงแพง (2560). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยEnoxaparin ต่ออาการไม่พึงประสงค์. วารสารกองการพยาบาล ปีที่49ฉบับที่ 1 มกราคม -เมษายน2565

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกระดูกหน้าแข้งหักจากมะเร็งปอดแพร่กระจาย: กรณีศึกษา

Nursing Care for Patients with Pathologic Fracture of Mid-shaft Tibia from Lung Cancer Metastasis: A Case Study.

(Received: March 14,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 23,2026)

ธารีรัตน์ วรากรกุล
Thareerut Warakornkul

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบกรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักจากการแพร่กระจายของมะเร็งปอด รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเฉพาะราย (Case Study) ในผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 70 ปี วินิจฉัยเป็น Pathologic fracture mid-shaft tibia from CA lung metastasis เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกภายใน (ORIF with Nail) โดยรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต การตรวจร่างกาย และบันทึกทางการแพทย์

ผลการศึกษา พบว่า ระหว่างการนอนโรงพยาบาลแรกรับผู้ป่วยมีปัญหาความปวดและข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด มีการประเมินระบบไหลเวียนส่วนปลาย ให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Enoxaparin) เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เตรียมความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ ระยะหลังผ่าตัดมีภาวะซีดเสียเลือดจากการผ่าตัด (EBL 300 ml) ความเข้มข้นเลือดเหลือ 24 % ให้เลือด (PRC) 1 U และภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) ให้ยาลดความดันโลหิตและเริ่มให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันต่อ ระยะการฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน (Walker) ผู้ป่วยสามารถเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดินได้ดี การดูแลแผลผ่าตัด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, มะเร็งปอดระยะแพร่กระจาย, กระดูกหน้าแข้งหักจากพยาธิสภาพ, การผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูก

Abstract

This case study aimed to investigate the holistic nursing process in patients with fractures resulting from lung cancer metastasis. The study design was a case study of a 70-year-old Thai female patient diagnosed with a pathologic fracture of the mid-shaft tibia from lung cancer metastasis. She underwent surgery to implant an internal bone fixation plate (ORIF with Nail). Data were collected through interviews, observation, physical examination, and medical records.

The results showed that during initial hospitalization, the patient experienced pain and limited mobility. Key nursing activities included: pre-operative assessment of peripheral circulation, administration of anticoagulants (Enoxaparin) to prevent venous thromboembolism, a significant problem in cancer patients receiving chemotherapy, and physical and mental preparation; post-operative care addressed anemia, surgical blood loss (EBL 300 ml), hemoglobin levels of 24%, requiring a 1 unit transfusion (PRC); and hypertension, requiring antihypertensive medication and initiation of anticoagulant therapy to prevent further thromboembolism; and rehabilitation. Movement was promoted with the use of a walker. The patient was able to walk well with the walker. Wound care was provided. The doctor allowed the patient to go home. Total hospital stay: 6 days.

Keywords: Nursing care, Lung cancer metastasis, Pathologic tibia fracture, Internal fixation surgery

บทนำ

ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากข้อมูลสถิติของสถาบันโรคมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์พบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่สูงถึง 381 คนต่อวัน (139,206 คนต่อปี) และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 230 คนต่อวัน อย่างไรก็ตาม ด้วยความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีการรักษาในปัจจุบัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอายุขัยเฉลี่ย (Life expectancy) ที่ยืนยาวขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็ส่งผลให้ตรวจพบภาวะแทรกซ้อนจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นเพิ่มสูงขึ้นด้วย โดยเฉพาะ "มะเร็งกระดูกทุติยภูมิ" (Bone Metastasis) อุบัติการณ์การแพร่กระจายมายังกระดูกสูงได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งต่อมไทรอยด์ มะเร็งกระดูกที่พบร้อยละ 50-60 มักเป็นการแพร่กระจายมายังแกนกลางของร่างกาย เช่น กระดูกสันหลังและเชิงกราน ส่วนอีกร้อยละ 30-40 จะกระจายไปยังกระดูกรยางค์แขนและขา โดยเฉพาะมะเร็งที่มีอุบัติการณ์การแพร่กระจายมายังกระดูกสูง ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งต่อมไทรอยด์ ปัญหาที่วิกฤตที่สุดของภาวะนี้คือการเกิด ภาวะกระดูกหักจากพยาธิสภาพ (Pathologic Fracture) ซึ่งเกิดจากการที่ตัวโรคทำลายความแข็งแรงของเนื้อกระดูก จนหักได้แม้ได้รับแรงกระแทกเพียงเล็กน้อยการรักษาภาวะกระดูกหักจากพยาธิสภาพมีเป้าหมายที่แตกต่างจากการรักษากระดูกหักทั่วไป โดยมุ่งเน้นที่การจัดแนวกระดูกให้เข้าที่ ความแตกต่างของความยาวใกล้เคียงปกติ restoration of anatomic limp length, alignment และการสร้างความมั่นคงของโครงสร้างกระดูกที่แข็งแรง (rotation and creating stable construct) เพื่อช่วยลดความปวดและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกาย (Early motion and weight bearing) หรือลงน้ำหนักได้ทันทีหลังผ่าตัด ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติในเวลาที่เหลืออยู่[1,2] พยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นความท้าทายที่ต้องใช้ทักษะการพยาบาลแบบองค์รวม สหสาขาวิชาชีพ ทั้งการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังผ่าตัด และการฟื้นฟูสภาพจิตใจในผู้ป่วยระยะลุกลาม ผู้จัดทำจึงได้จัดทำกรณีศึกษานี้ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักจากการแพร่กระจายของมะเร็งปอด

วิธีการศึกษา

การวินิจฉัย

ตามลักษณะทางคลินิกการวินิจฉัยแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม

1.ผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งอยู่แล้วและมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดกรณีนี้แพทย์มักถ่ายภาพรับสี CT หรือ MRI เพื่อดูว่ามีการแพร่กระจายไปยังกระดูกหรือยัง หากพบว่ามีการแพร่กระจายไปยังกระดูกสามารถวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่แพร่กระจายมายังกระดูกได้เลย ให้การรักษาโดยไม่ต้องตรวจชิ้นเนื้อ

2.ผู้ที่ไม่เคยมีประวัติว่าเป็นมะเร็ง มักมาพบแพทย์ด้วยอาการต่าง ๆ

-อาการปวด ปวดมากในเวลากลางคืน ระดับความเจ็บปวดจะรุนแรงขึ้น เช่นปวดบริเวณกลางอกเอวส่วนบน บางรายอาจมีอาการเบื่ออาหารร่วมด้วย น้ำหนักลด

-มีกระดูกหักแบบไม่มีพยาธิสภาพมาก่อน

-เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทอย่างรวดเร็ว เช่น แขน ขาอ่อนแรง

หากมีอาการเหล่านี้ร่วมกับลักษณะภาพรังสีที่พบว่ามีการทำลายกระดูกเกิดขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยอายุมากกว่า 40 ปี ควรคิดถึงภาวะ Metastatic bone tumer และควรพยายามหาตำแหน่งของมะเร็งโดยการตรวจร่างกายโดยละเอียดอีกครั้งร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่การตรวจนับเม็ดเลือด (CBC) หาค่าความเร็วของการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง (ESR) ค่า alkaline phosphatase แคลเซียม ฟอสเฟต การตรวจเพื่อแยกโปรตีน ตรวจปัสสาวะ (bence jones protein) การตรวจพิเศษ MRI CT – scane bone scane

แนวทางการรักษา

เนื่องจากมะเร็งระยะแพร่กระจายมักทำให้กระดูกหักโดยเฉพาะบริเวณแขน ขา มักมีรอยโรคที่กระดูกสันหลัง

1.แนวทางการรักษาที่กระดูกแขน ขา มักมีจุดประสงค์เพื่อบรรเทาอาการปวด เพิ่มคุณภาพชีวิต แพทย์จะพิจารณาการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุด ลดการเป็นภาระผู้อื่น อีกทั้งเพื่อการป้องกันการหักของกระดูกหรือผ่าตัดยึดกระดูกในรายที่มีการหักเกิดขึ้นแล้ว หรือหลังจากนั้นจึงฉายรังสี

2.แนวทางการรักษาที่กระดูกสันหลัง

- กรณีมีอาการปวดแต่ไม่มีอาการทางระบบประสาท ควรรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับการใส่เครื่องพยุงหลังหรือผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกสันหลังเสริมความแข็งแรง

- กรณีมีอาการทางระบบประสาทร่วมด้วยโดยการสูญเสียการทำงานของแขน ขาไม่เกิน 7วัน อาจทำการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี แต่หากมีการสูญเสียการทำงานของแขน ขา เกิน 7 วันควรรักษาด้วยการฉายรังสีอย่างเดียว

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด **ปัญหาที่ 1** : ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดหน้าแข้งขวา S: ผู้ป่วยบ่นปวด PS= 5 O: หน้าแข้งบวมผิดรูปOn LLS : ขณะขยับตัวรู้สึกแกรบแกรบ ไม่กล้าขยับตัว นอนนิ่ง ๆ	กิจกรรมการพยาบาล 1.ค้นหาสาเหตุของการเจ็บปวด และสังเกตลักษณะความเจ็บปวด เพื่อที่จะได้ให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง 2.ประเมินระดับความปวดโดยใช้มาตรวัดระดับความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง ระบุระดับความปวดตาม pain scoreที่ได้จากการประเมินความปวด 3.จัดท่านอนให้ส่วนที่หักหรือบาดเจ็บอยู่ในท่าที่สุขสบาย แนะนำการเปลี่ยนอิริยาบทช้า ๆ จัดให้บริเวณปวดได้พัก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
: ผลถ่ายภาพรักสี กระดูกบริเวณหน้าแข้งผิดรูป : ความดันโลหิต 164/93 มิลลิเมตรปรอท : นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย วัตถุประสงค์ : เพื่อบรรเทาอาการปวด	4.ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจหรือเทคนิคที่ช่วยบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยาเช่น ดูทีวี โทรศัพท์ ฟังเพลง พูดคุยให้กำลังใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้ให้สงบเงียบ ฟังธรรมมะ สวดมนต์ทำสมาธิ 5.ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดเมื่อระดับความเจ็บปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 6.ติดตามประเมินความปวดซ้ำภายหลังให้การพยาบาล 7.เมื่อจำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้ทำอย่างช้าๆแต่มั่นคง ประเมินผล : Pain score 1-3 คะแนน : สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ : ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ สีหน้าสดชื่นขึ้น
ปัญหาที่ 2 : ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย S: ผู้ป่วยกลัวการรักษา กลัวไม่หาย กลัวเป็นภาระ : ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล การรักษา O: ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น มีโรคเรื้อรังเดิมต้องรักษาต่อเนื่อง : นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบแผนการรักษา ลดความวิตกกังวลการรักษา ให้ความร่วมมือในการรักษา	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินระดับการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย วิตกกังวล พฤติกรรมการแสดงออก 2.สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเองกับผู้ป่วย พูดคุยทักทายอย่างเป็นกันเอง 3.ให้เวลารับฟังปัญหาของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาข้อสงสัย และตอบคำถามของผู้ป่วย อย่างชัดเจนให้ครอบครัวอยู่ด้วยใช้คำสุภาพ นุ่มนวน เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติเผชิญต่อความวิตกกังวล 4. ให้ความรู้พร้อมสาธิตให้ดู และให้ผู้ป่วยและญาติสาธิตย้อนกลับในเรื่องการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล 5.ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ หากพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากควรรายงานแพทย์ และดูแลให้ได้รับยาคลายความวิตกกังวลตามแผนการรักษา ประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติ รับทราบให้ความร่วมมือ เข้าใจแผนการรักษาอาการเจ็บป่วย
ปัญหาที่ 3 : ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะใส่เฝือก S: ผู้ป่วยซักถามถึงระยะเวลาการใส่เฝือก O: ผู้ป่วยได้รับการใส่เฝือกขาขวา : สีหน้าไม่สดชื่น วัตถุประสงค์ :ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการใส่เฝือก	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินระดับการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย วิตกกังวลพฤติกรรมการแสดงออก 2.อธิบายพยาธิสภาพแผนการรักษา ความจำเป็น วัตถุประสงค์ ประโยชน์การปฏิบัติตัวขณะใส่เฝือก ได้แก่ ไม่ดัดแปลงเฝือกเอง ระวังอย่าให้เฝือกเปียกชื้น สกปรก การเกร็งกล้ามเนื้อขา การยกขาสูงด้วยหมอน กิจกรรมที่ควรงด อาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาล ได้แก่เฝือกกด ชาขา ปวด สีผิวคล้ำกว่าเดิม มีกลิ่นหรือมีสารคัดหลั่งออกจากเฝือก 3.ประเมิน และให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลเฝือก ประเมินผล: ผู้ป่วยแลญาติรับทราบเข้าใจความจำเป็นของการใส่เฝือก
ปัญหาที่ 4 : โอการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน S: ผู้ป่วยให้ประวัติรับยาเคมีบำบัด O: ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด Enoxaparin 0.4 ml. M stat : ค่าอัตราการอิ่มตัวออกซิเจน95% วัตถุประสงค์ :เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ	กิจกรรมทางการพยาบาล 1.สังเกตุอาการผิดปกติที่แสดงว่ามีก้อนไขมันไปอุดตัดหลอดเลือดดำได้แก่ -อาการหายใจเร็ว เหนื่อยหอบมากกว่า 24 ครั้ง/นาที -ชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 100 ครั้ง/ นาที -ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย สับสน -ระดับค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน น้อยกว่า 94 เปอร์เซ็นต์ -มีจุดจ้ำเลือด(petechiae) หรือบริเวณต่าง ๆ ของร่างกายเช่นหน้าอก รักแร้ เปลือกตา ถ้ามีอาการให้รายงานแพทย์ 2.สังเกตุและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินผล : ไม่เกิดภาวะเลือดออกง่าย ป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ
ปัญหาที่ 5 : เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
S: ผู้ป่วยถามระยะ วัน เวลาการผ่าตัด O: ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล : นอนไม่หลับ วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจ แผนการรักษาพร้อมรับการผ่าตัด	1.แนะนำตัวเองกับผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยการพูดคุยทักทายเป็นกันเองอย่างสม่ำเสมอ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคการเตรียมร่างกายก่อนการผ่าตัด 2.การงดน้ำและอาหารทางปากก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 3.อธิบายวิธีการผ่าตัดระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด การใช้ยาระงับความรู้สึก 4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาและข้อสงสัย ประเมินผล :ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เข้าใจ พร้อมรับการผ่าตัด ให้ความร่วมมือในการผ่าตัด
ปัญหาที่ 6 : เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากการได้รับยาระงับความรู้สึก S: ผู้ป่วย และญาติซักถามเกี่ยวการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด O: ผู้ป่วยสีหน้าไม่สดชื่น : ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบ วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอันเป็นผลข้างเคียงจากการดมยาสลบ	กิจกรรมทางการพยาบาล 1.ประเมินอาการ ระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพ จนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และสัญญาณชีพคงที่ 2.ดูแลให้ผู้ป่วยนอนราบ หนุนหมอน 1ใบ ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง 3.สังเกตุระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพ อาการเวียนหัว ตาลาย คลื่นไส้ อาเจียน 4.check v/s ตามมาตรฐาน - V/S q 15 x 4 ครั้ง q 30 x 2 ครั้ง then q 1 ช.ม. จน stable ประเมินผล : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเวียนศีรษะตาลาย ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยแน่นหน้าอก
ปัญหาที่ 7 : ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด S: ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัด Pain Score 5 คะแนน O: post – op for ORIF nail Lt tibia : มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าแข้งปิดก๊อส วัตถุประสงค์ : เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลและสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้	กิจกรรมการพยาบาล 1. สังเกตและประเมินระดับความเจ็บปวด ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดย ประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้ Pain scale ทุก 1 ชั่วโมงหลังผ่าตัดจนครบ 12 ชั่วโมง จากนั้นทุก 2 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมงจนผู้ป่วยกลับบ้าน 2. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล 3. จัดท่านอนในท่าที่สุขสบาย และถูกต้องตามแผนการรักษา 4. ประเมินปัจจัยทีทำให้ผู้ป่วยปวดมากขึ้น และผลของความปวดที่มีต่อการทำกิจวัตรประจำวัน 5. ดูแลให้ผู้ป่วยพยุงแผลเวลาไอ จาม หรือเวลาเปลี่ยนอิริยาบถ 6. แนะนำลดความเจ็บปวดโดยการหายใจเข้าออกลึกๆ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 8. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด และเงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ ประเมินผล :อาการปวดทุเลาลง สีหน้าสดชื่น นอนหลับพักผ่อนได้วันละ 6-8 ชั่วโมง
ปัญหาที่ 8 : มีโอกาสเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด S: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกภายในบริเวณหน้าแข้งขวา O: มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าแข้งขวา แผลปิดก๊อส : อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส วัตถุประสงค์ :เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด	กิจกรรมการพยาบาล 1.ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไปและสิ่งแวดล้อม แนะนำไม่ให้แผลเปียกชื้น สกปรก ไม่แกะ เกาแผล 2.ดูแลทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ (Aseptic technique) 3.ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย 4.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 5.แนะนำ ดูแลให้ได้รับอาหารเน้นโปรตีนสูง เหมาะสมกับโรคและภาวะโภชนาการ เพื่อส่งเสริมการหายของบาดแผล 6.สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7.สังเกตุอาการอักเสบ บวม แดง ร้อน บริเวณแผลผ่าตัด ประเมินผล : ระดับความรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37-37.4 องศาเซลเซียส : แผลไม่มีอาการบวม แดง ร้อน
ปัญหาที่ 9 : มีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูง S: ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด รู้สึกตาลายเล็กน้อย O: ความดันโลหิตกลับจากห้องผ่าตัด 185/95 – 188/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการเวียนศีรษะ : ประวัติความดันโลหิตสูง รับประทานยาลดความดันโลหิต วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง	กิจกรรมการพยาบาล 1.ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงจัดท่าศีรษะสูง 30 องศา 2.ดูแลวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ติดตามอาการปวดศีรษะ ตาลาย ตาพร่ามัว คลื่นไส้อาเจียน 3.ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ ลดเสียงรบกวน 4.ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาคือ Hydralazine (25) 1tab และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาแก่ อาการ เวียนศีรษะ ตาลาย หน้าแดง ใจสั่น ประเมินผล :หลังรับประทานยาไม่มีอาการเวียนศีรษะตาลาย ความดันโลหิตอยู่ในช่าง 145/76 มิลลิเมตรปรอท
ปัญหาที่ 10 : มีภาวะซีด S: ผู้ป่วยบ่นเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนท่า O: เสียเลือดในห้องผ่าตัด 300 มิลลิลิตร ผู้ป่วยสูงอายุ : ได้รับยาเคมีบำบัด : ค่าความเข้มข้นเลือดก่อนไปห้องผ่าตัด 29.8% หลังกลับจากห้องผ่าตัด 24 % วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะซีด	กิจกรรมการพยาบาล 1.ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง จำกัดกิจกรรมเพื่อลดการใช้ออกซิเจน 2. ดูแลวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง 3.ดูแลให้ได้รับเลือดตามแผนการรักษา สังเกตและบันทึกอาการข้างเคียงจากการให้เลือดได้แก่สัญญาณชีพ อาการผื่น คัน หายใจเหนื่อย แน่นหน้าอก มีไข้ หนาวสั่น เวียนศีรษะ ตาลาย 4.ติดตามค่าความเข้มข้นเลือดหลังเลือดหมด 4 ชั่วโมง 5.แนะนำอาหารเน้นพวกเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ นม เพื่อเสริมสร้างเม็ดเลือด ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะซีด/ภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือดได้แก่ อาการหน้ามืด เป็นลม เวียนศีรษะตาลาย
ปัญหาที่ 11 : มีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง S: ผู้ป่วยกลัวไม่กล้าขยับตัว O: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกภายในหน้าแข้งขวา วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะกล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง	กิจกรรมการพยาบาล 1.กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเอง 2.กระตุ้นให้ผู้ป่วย early ambulate 3.กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกล้ามเนื้อดังนี้ -กระตุ้นให้ออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา โดยการเกร็งเฉพาะกล้ามเนื้อต้นขาโดยไม่ให้เข่าเคลื่อนไหว -ออกกำลังกล้ามเนื้อตะโพก โดยการขมิบก้น หรือการทำstraight leg raising exercise -ออกกำลังข้อเท้า โดยการกระดกข้อเท้าขึ้น-ลงหมุนข้อเท้าเข้าด้านใน หมุนข้อเท้าออกด้านนอก 4.กระตุ้นให้ลุกนั่งห้อยขาข้างเตียง 5.กระตุ้นให้ออกกำลังกล้ามเนื้อ และข้อต่อต่าง ๆ ทั้งแขน ขา ทั้งขาข้างดีและข้างที่ผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมในการฝึกเดิน ประเมินผล : กล้ามเนื้อมีกำลังปกติ ข้อต่อเคลื่อนไหวได้ดี
ปัญหาที่ 12: ผู้ป่วยวิตกกังวล และขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	กิจกรรมการพยาบาล 1.ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนื่อง 2.แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่อง 2.1 การรับประทานยาตามแผนการรักษา

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนทางด้านสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
S: ผู้ป่วยกลัวว่าเมื่อกลับบ้านจะปฏิบัติตัวไม่ถูกเหมือนอยู่โรงพยาบาล O: ผู้ป่วยสูงอายุไม่มั่นใจการดูแลตนเอง มีโรคเรื้อรัง วัตถุประสงค์ : 1. ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล มีความมั่นใจและสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล	2.2การบริหารกล้ามเนื้อและข้อ 2.3การดูแลบาดแผลให้แห้งสะอาด ถ้าเปียกซึมหรือสกปรกให้ทำแผลโรงพยาบาลใกล้บ้าน ตัดไหมตามแพทย์นัด 2.4การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก วิตามินซีสูง เน้นพวกนม เนื้อสัตว์ ผักใบเขียว 2.5การเดินด้วยไม้ค้ำยัน 2.6การอาบน้ำ แต่งตัว การปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน 2.7สถานบริการทางสาธารณสุขใกล้บ้าน 2.8อาการผิดปกติที่ความมาโรงพยาบาล และการมาตามแพทย์นัด ประเมินผล : ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน : สีหน้าสดชื่น มีความพร้อมในการจำหน่าย

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 70 ปี วินิจฉัยเป็น Pathologic fracture mid-shaft tibia from CA lung metastasis เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกภายใน (ORIF with Nail) โดยรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต การตรวจร่างกาย และบันทึกทางการแพทย์ ระหว่างการนอนโรงพยาบาลแรกรับผู้ป่วยมีปัญหาความปวดและข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด มีการประเมินระบบไหลเวียนส่วนปลาย ให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Enoxaparin) เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เตรียมความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ ระยะหลังผ่าตัดมีภาวะซีดเสียเลือดจากการผ่าตัด (EBL 300 ml) ความเข้มข้นเลือดเหลือ 24 % ให้เลือด (PRC) 1 U และภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) ให้ยาลดความดันโลหิตและเริ่มให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันต่อ ระยะการฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน (Walker) ผู้ป่วยสามารถเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดินได้ดี การดูแลแผลผ่าตัด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน การพยาบาลที่รวดเร็วและเป็นระบบช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับมาช่วยเหลือตนเองได้ ลดภาวะแทรกซ้อน วันนอนโรงพยาบาล ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงภาวะปกติและกลับมารู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นมีสภาพจิตใจมั่นคง แผลผ่าตัดแห้งและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดสามารถกลับบ้านได้[3,4]

เอกสารอ้างอิง

1. ตุลดา วิริยะนุเคราะห์ กองรังสีกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและภาควิชารังสีวิทยา วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ พระมงกฎเกล้า หลักการพื้นฐานในการประเมินรอยโรคเนื้องอกกระดูกจากภาพรังสีวิทยา (FUNDAMENTAL CONCEPT IN THE RADIOLOGICAL EVALUATION OF BONE TUMORS) 21มีนาคม 2568 รับตีพิมพ์ มีนาคม 2568
2. บรรจบ อริยะบุญศิริ พ.บ อนันต์ สัจจะมุนีวงศ์ พ.บชานญาต้า เหลืองจินดารัตน์ พ.บพงศกร บุบผะเรณู พ.บ.อธิคม เมธาเธียร พ.บ กลุ่มงานออโธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ นิพนธ์ต้นฉบับการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษามะเร็งแพร่กระจายไปที่กระดูกด้วยวิธีการผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแล้วใส่ Intramedullary

Fixation กับ Extramedullary Fixation ในผู้ป่วยมะเร็งแพร่กระจายไปที่กระดูกที่เข้ารับการผ่าตัดที่กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาลราชวิถี

3. jasmic C, Coleman RE,Coia LR,Capanna R,Saillant G, Textbook of Bone Metastases.New Jersey: john Wiley&Sons Ltd; 2005 p163-84
4. Zacherln M, Gruber G, Glehr Radl R, M, Ofner -Kopeinig P, Greitbauer M et al Surgery for pathological proximal femoral fractures excluding femoral head and neck fracture Int Orthro p 2011;35(10):1537-1543

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ ภายหลังการผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม โรงพยาบาลสงขลา

Factors Associated with Post-Anesthesia Care Unit Length of Stay after Breast Mass Surgery at Songkhla Hospital.

(Received: February 27,2026 ; Revised: February 28,2026 ; Accepted: March 4,2026)

สรวีย์ ธิติเลิศ[1]
Sorawee Thitilerd[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (survey research by retrospective study) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยหญิงอายุ ≥18 ปี ที่เข้ารับการผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านมและได้รับยาสลบแบบทั่วร่างกาย ระหว่างปี พ.ศ. 2564–2568 จำนวน 200 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลาการพักฟื้นใน PACU และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการพักฟื้นภายหลังการผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม โรงพยาบาลสงขลา เก็บข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยทางคลินิก ยาที่ใช้ และภาวะแทรกซ้อนใน PACU วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับ PACU length of stay โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 49.29±15.79 ปี โดยส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23.0–24.9 กก./ม² ร้อยละ 34.5 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 48.5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด ร้อยละ 93.0 ขณะที่ผู้ใช้ยา aspirin คิดเป็นร้อยละ 7.0 การผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุดคือการผ่าตัดแบบเก็บรักษาเต้านม (lumpectomy/breast-conserving surgery) ร้อยละ 39.5 ระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ย 59.72±33.54 นาที และระยะเวลาการดมยาสลบเฉลี่ย 79.73±35.18 นาที ภาวะแทรกซ้อนในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ (PACU) พบภาวะเลือดออกหรือห้อเลือด ร้อยละ 10.0 ภาวะความดันโลหิตต่ำ ร้อยละ 16.0 และภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (PONV) ร้อยละ 2.5 โดยไม่พบภาวะง่วงซึมมากผิดปกติหรือภาวะกดการหายใจ ระยะเวลาการพักฟื้นใน PACU มีค่าเฉลี่ย 60.30±8.29 นาที ผู้ป่วยร้อยละ 98 สามารถออกจาก PACU ได้ภายใน 90 นาที การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการพักฟื้นใน PACU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้ยาในกลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด ($p=0.0025$) ปริมาณการใช้ยาโอปิออยด์ ($p=0.0030$) ภาวะเลือดออกหรือห้อเลือด ($p=0.0354$) และภาวะความดันโลหิตต่ำ ($p=0.0002$) ขณะที่อายุ ดัชนีมวลกาย โรคร่วม ชนิดและระยะเวลาการผ่าตัด ชนิดของโอปิออยด์ ระดับอาการปวด และภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ไม่พบความสัมพันธ์

คำสำคัญ: ห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ, ระยะเวลาการพักฟื้น, การผ่าตัดเต้านม, ยาโอปิออยด์, ภาวะความดันโลหิตต่ำ, ยาต้านเกล็ดเลือด

Abstract

This study was survey research by retrospective study reviewing the medical records of female patients aged ≥18 years who underwent breast mass surgery under general anesthesia at Songkhla Hospital between 2021 and 2025 (B.E. 2564–2568). A total of 200 cases were included. The objective was to determine the length of stay in the Post-Anesthesia Care Unit (PACU) and to identify factors associated with PACU recovery time following breast mass surgery. Data collected included demographic characteristics, clinical variables, anesthetic medications, and postoperative complications in the PACU. Descriptive statistics were used, and the associations between variables and PACU length of stay were analyzed using correlation coefficients. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

The results showed that the mean age of participants was 49.29±15.79 years. Most patients had a body mass index of 23.0–24.9 kg/m² (34.5%) and had no underlying diseases (48.5%). The majority did not receive antiplatelet

[1] นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา

or anticoagulant therapy (93.0%), while 7.0% used aspirin. The most common surgical procedure was lumpectomy/breast-conserving surgery (39.5%). The mean operative time was 59.72±33.54 minutes and the mean anesthesia time was 79.73±35.18 minutes. PACU complications included postoperative bleeding/hematoma (10.0%), hypotension (16.0%), and postoperative nausea and vomiting (PONV) (2.5%); no cases of excessive sedation or respiratory depression were observed. The mean PACU length of stay was 60.30±8.29 minutes, and 98% of patients were discharged from the PACU within 90 minutes. Correlation analysis demonstrated that factors significantly associated with PACU length of stay were antiplatelet use (p = 0.0025), opioid dosage (p = 0.0030), postoperative bleeding/hematoma (p = 0.0354), and hypotension (p = 0.0002). In contrast, age, body mass index, comorbidities, type and duration of surgery, type of opioid, postoperative pain level, and postoperative nausea and vomiting were not significantly associated with PACU length of stay.

Keywords: Post-Anesthesia Care Unit (PACU), length of stay, breast surgery, opioids, hypotension, antiplatelet agents

บทนำ

การผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม (Breast Mass Surgery) เป็นหัตถการที่พบบ่อย ทั้งในกรณีที่เป็นก้อนเนื้อชนิดไม่ร้ายแรง เช่น ไฟโบรอะดีโนมา ไปจนถึงโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรีทั่วโลก โดยมีอุบัติการณ์ประมาณ 2.3 ล้านรายใหม่ต่อปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งในสตรีสูงที่สุด[1] ในทวีปเอเชียมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 985,400 ราย และเสียชีวิตประมาณ 315,100 รายในปีเดียวกัน[2] สำหรับประเทศไทย อัตราเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นจาก 17.8 ต่อประชากรสตรี 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2541 ไปเป็น 37.8 ต่อประชากรสตรี 100,000 คนในปี พ.ศ. 2563[3] ช่วงหลังการผ่าตัดโดยเฉพาะการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ (Post-Anesthesia Care Unit: PACU) เป็นช่วงเวลาที่สำคัญสำหรับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น เลือดออก ปวด หรือลดระดับการหายใจ และส่งผลต่อความปลอดภัยและผลลัพธ์ของผู้ป่วย หากระยะเวลาพักฟื้นยาวนานเกินจำเป็นจะเพิ่มต้นทุนสุขภาพ ลดประสิทธิภาพการให้บริการและใช้ทรัพยากรมากขึ้น ขณะที่การเฝ้าระวังไม่เพียงพออาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย[4]

แม้ว่าการผ่าตัด Breast Mass จะเป็นหัตถการที่มีความปลอดภัยและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่ผู้ป่วยยังคงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ ทั้งจากการผ่าตัดเองและจากการดมยาสลบ ในระยะสั้น เลือดออกและห้อเลือด (postoperative bleeding and hematoma) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด มักเกิดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ทำให้เกิดอาการบวม เจ็บ และในบางกรณีอาจจำเป็นต้องผ่าตัดซ้ำเพื่อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม[4] อีกหนึ่งภาวะแทรกซ้อนสำคัญคือ อาการปวดหลังผ่าตัด (postoperative pain) ซึ่งพบได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อาการปวดเฉียบพลันอาจส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวและการฟื้นตัว ส่วนอาการปวดเรื้อรัง (chronic postoperative pain) พบได้ในผู้ป่วยบางรายและอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิต[5] นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ เช่น ภาวการณ์หายใจช้า (respiratory depression) ความดันโลหิตต่ำ (hypotension) อาการง่วงซึม (excessive sedation) และ อาการสั่นหลังผ่าตัด (postanesthesia shivering) ล้วนเป็นสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ภาวะเหล่านี้สัมพันธ์กับผลของยาสลบ ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ และปัจจัยของผู้ป่วยเอง[6-8] ขณะเดียวกัน อาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (postoperative nausea and vomiting; PONV) ก็พบได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาดมยาสลบชนิดระเหย อุบัติการณ์ของ PONV ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเต้านมอยู่ระหว่าง 30–68% ขึ้นอยู่กับการใช้ยาป้องกันอาเจียน[9]

การพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ (Post-Anesthesia Care Unit: PACU) เป็นขั้นตอนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งในการผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม ซึ่งเป็นหัตถการที่มีความซับซ้อนและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด การศึกษาพบว่า ระยะเวลาการพักฟื้นใน PACU มีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ เช่น ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาของการดมยาสลบ สถานะสุขภาพของผู้ป่วย และการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัด การศึกษาพบว่า ระยะเวลา PACU เฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 167 นาที โดยมีช่วงเวลาตั้งแต่ 125 ถึง 285 นาที ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ระยะเวลาการผ่าตัดและการดมยาสลบ[10] นอกจากนี้ การศึกษาของ Gabriel และคณะ[11] พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลา PACU ได้แก่ ภาวะอ้วนลงพุง ความดันโลหิตสูง ประเภทของการดมยาสลบ และระยะเวลาของการผ่าตัด การจัดการที่เหมาะสมในระยะเวลาพักฟื้น เช่น การควบคุมอาการปวด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ และการประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยลดระยะเวลา PACU และส่งเสริมการฟื้นตัวที่ดีขึ้นของผู้ป่วย สำหรับในประเทศไทย แม้ว่าจะยังไม่มีระยะเวลามาตรฐานกลางที่กำหนดเฉพาะสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม แต่แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลใหญ่หลายแห่งให้คำแนะนำในการเฝ้าระวังผู้ป่วยหลังดมยาสลบอย่างชัดเจน โดยทั่วไปผู้ป่วยจะอยู่ในห้องพักฟื้น (Post-Anesthesia Care Unit: PACU) เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณชีพและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการดมยาสลบเป็นเวลา ประมาณ 1–2 ชั่วโมง ก่อนที่จะส่งตัวกลับไปยังหอผู้ป่วยหรือห้องพักตามมาตรฐานการดูแลของแต่ละโรงพยาบาล[10]

โรงพยาบาลสงขลาเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับจังหวัดที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแบบครบวงจร รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม ซึ่งเป็นหัตถการสำคัญทั้งในด้านการวินิจฉัยและการรักษา เนื่องจากก้อนเนื้อที่เต้านมสามารถเป็นได้ทั้งก้อนเนื้อไม่ร้ายแรงและมะเร็งเต้านมที่มีอุบัติการณ์สูง จากสถิติย้อนหลังของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม โรงพยาบาลสงขลา ปี พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวน 105 121 และ 147 รายตามลำดับ และล่าสุดในปี พ.ศ. 2568 (มกราคม ถึง สิงหาคม) มีจำนวน 87 ราย[12] การผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านมที่โรงพยาบาลสงขลาจึงมีบทบาทสำคัญต่อการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรก การรักษาเพื่อยืดอายุและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งจากโรคและจากหัตถการ การเฝ้าระวังและประเมิน ระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สะท้อนถึงคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาพักฟื้นหลังผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านมที่โรงพยาบาลสงขลาจึงมีความจำเป็น เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลหลังผ่าตัด ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารทรัพยากรทางการแพทย์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทางประชากรศาสตร์และลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบภายหลังการผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม โรงพยาบาลสงขลา
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทางคลินิกภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดมยาสลบที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยทางประชากรศาสตร์และลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ ภายหลังการผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม โรงพยาบาลสงขลา
2. ปัจจัยทางคลินิกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดมยาสลบ (เช่น ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาการดมยาสลบ ปริมาณยา การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัด) มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม โรงพยาบาลสงขลา

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (survey research by retrospective study) โดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียน (retrospective chart review) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม ณ โรงพยาบาลสงขลา ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568

อาสาสมัครหรือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย

คือ ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Breast Mass โรงพยาบาลสงขลา โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้าร่วมศึกษาวิจัย (inclusion criteria) มีดังนี้ 1) เพศหญิงอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) เข้ารับการผ่าตัดก้อนเนื้อเต้านม 3) ได้รับยาสลบแบบ general anesthesia ระหว่างการผ่าตัด 4) ภายหลังการผ่าตัดถูกส่งเข้าห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ (Post-Anesthesia Care Unit, PACU) และ 5) ข้อมูลที่บันทึกจากเวชระเบียนครบถ้วน สำหรับเกณฑ์การออกจากโครงการวิจัย (exclusion criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน เช่น shock, cardiac arrest, anaphylaxis หรือ ภาวะเลือดออกรุนแรง ซึ่งต้องได้รับการดูแลเร่งด่วน 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น โรคจิตเภท และ 3) ข้อมูลสำคัญใน PACU ไม่สามารถบันทึกได้ หรือหายไป เช่น เวลาการเข้าพักฟื้น ไม่ถูกบันทึก

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ซึ่งมุ่งหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงการวิเคราะห์ Correlation: bivariate normal model ผ่านโปรแกรม G*Power รุ่น 3.1 ในการคำนวณได้กำหนดค่าดังนี้ ขนาดอิทธิพล (Effect size, r) = 0.3 ซึ่งถือเป็นขนาดอิทธิพลปานกลาง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05 ค่ากำลังของการทดสอบ (Power, $1-\beta$) = 0.80 จากการคำนวณพบว่าจำเป็นต้องมีผู้เข้าร่วมอย่างน้อย 182 คน เพื่อให้สามารถตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพื่อป้องกันการถอนตัวหรือการสูญเสียข้อมูลบางส่วน (Attrition rate) ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณ 10%[13] ทำให้จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดเป็น 200 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบบันทึกปัจจัยทางประชากรศาสตร์และลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ BMI โรคร่วม การใช้ยาในกลุ่ม Antiplatelet และ Anticoagulation

2. แบบบันทึกปัจจัยทางคลินิก ภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดมยาสลบ ประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยทางคลินิก คือ 1) ชนิดของการผ่าตัด 2) ระยะเวลาการผ่าตัด 3) ระยะเวลาของการดมยาสลบ และ 4) ปริมาณการใช้ยาโอปิออยด์

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดมยาสลบ 1) เลือดออกและห้อเลือด (postoperative bleeding and hematoma) 2) อาการปวด (postoperative pain) 3) อาการคลื่นไส้อาเจียน (postoperative nausea and vomiting; PONV) 4) อาการง่วงซึม (excessive sedation) 5) ภาวการณ์หายใจช้า (respiratory depression) 6) ความดันโลหิตต่ำ (hypotension) และ 7) อาการสั่นหลังผ่าตัด (postanesthesia shivering)

3. แบบบันทึกระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ ประกอบด้วย 1) เวลาเข้าห้อง PACU (PACU Admission Time) คือ เวลาที่ผู้ป่วยถูกส่งเข้าห้องพักฟื้นหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดและยาสลบหมดฤทธิ์ ถูกบันทึกโดยเจ้าหน้าที่ PACU ตามมาตรฐานเวชระเบียนของโรงพยาบาล 2) เวลาออกจากห้อง PACU (PACU Discharge Time) คือ เวลาที่ผู้ป่วยถูกเคลื่อนย้ายจาก PACU ไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป เวลาดังกล่าวเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับคำนวณ

ระยะเวลาการพักฟื้น และถูกบันทึกโดยเจ้าหน้าที่ PACU การคำนวณระยะเวลาการพักฟื้น (Length of Stay in PACU) ข้อมูลนี้บันทึกเป็นชั่วโมงและนาที เพื่อใช้ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณและตรวจสอบความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกปัจจัยทางประชากรศาสตร์และลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย 2) แบบบันทึกปัจจัยทางคลินิก ภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดมยาสลบ และ 3) แบบบันทึกระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องของเนื้อหากับมโนทัศน์ของตัวแปร ความชัดเจนของภาษา และความเหมาะสมของกิจกรรมโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์วิสัญญี 1 ท่าน แพทย์ห้องผ่าตัด 2 ท่าน โดยภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความสอดคล้องของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมาคำนวนหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.86, 0.90 และ 1.00 ตามลำดับ หลังจากแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาทดลองใช้บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลสงขลา จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่า ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าของความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.90, 0.86 และ 0.88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรม และโครงร่างงานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสงขลา ผู้วิจัยนำหนังสือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา เสนอต่อรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย และใช้ข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการวิจัย

2) การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่เข้าข่ายตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การตัดออก/ถอนตัว (Exclusion Criteria) ผู้ป่วยที่ตรงตามเกณฑ์ทั้งหมดถูกจัดทำเป็นรายชื่อผู้เข้าร่วมที่มีสิทธิ์ (sampling frame)

3) จากรายชื่อผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อให้ได้จำนวน 200 คน

4) ผู้วิจัยขออนุญาตและประสานงานกับหน่วยงานเวชระเบียนและ PACU เพื่อเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

5) ข้อมูลทั้งหมดถูกกรอกลงในแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลมาตรฐานที่ออกแบบโดยผู้วิจัย ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่สามารถระบุเวลาได้ชัดเจนจะถูกตัดออกจากการวิเคราะห์

6) ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลร่วมกับเจ้าหน้าที่ PACU ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบแล้วถูกบันทึกและจัดเก็บอย่างปลอดภัยเพื่อใช้ในการวิเคราะห์เชิงสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล จัดทำคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติแต่ละชนิด จากนั้นวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การกระจายตัวของข้อมูลตรวจสอบด้วย Kolmogorov–Smirnov test โดยพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ $p > .05$

ข้อมูลลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย ปัจจัยทางคลินิก ภาวะแทรกซ้อน และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดมยาสลบ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ (length of stay in PACU) ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ใช้ Pearson correlation

coefficient สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงปกติ และใช้ Spearman's rank correlation coefficient สำหรับตัวแปรที่ไม่เป็นไปตามการแจกแจงปกติหรือมีค่าผิดปกติ เพื่อประเมินทิศทางและระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระยะเวลาการพักฟื้นใน PACU

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงขลา รหัสหนังสือรับรอง SKH IRB 2026-Md-In3-1002 รับรองวันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยดำเนินการรักษาความลับของข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัยและการรายงานผล โดยคุ้มครองสิทธิของกลุ่มตัวอย่างไม่ให้สามารถระบุตัวบุคคลได้ในทุกขั้นตอน ทั้งข้อมูลดิบ ข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ และรายงานการวิจัย จะไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของผู้ให้ข้อมูล ใช้เพียงรหัสเท่านั้น และข้อมูลทั้งหมดถือเป็นความลับ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีอายุเฉลี่ย 49.29 ± 15.79 ปี โดยพบผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 29.5 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 41–50 ปี ร้อยละ 21.5 และช่วงอายุ 51–60 ปี ร้อยละ 20.0 ตามลำดับ ด้านดัชนีมวลกาย พบว่าส่วนใหญ่มีค่า BMI อยู่ในช่วง 23.0–24.9 กก./ม² ร้อยละ 34.5 รองลงมาคือช่วง 25.0–29.9 กก./ม² ร้อยละ 25.0 และช่วง 18.5–22.9 กก./ม² ร้อยละ 24.5 สำหรับโรคประจำตัว พบว่าผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 48.5 ขณะที่ผู้ป่วยที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1–2 โรค ร้อยละ 31.5 และตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป ร้อยละ 20.0 ในด้านการใช้ยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ยาในกลุ่มยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด ร้อยละ 93.0 และมีผู้ใช้ยา aspirin (ASA) ร้อยละ 7.0

ส่วนที่ 2 ลักษณะทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่าชนิดการผ่าตัดที่พบมากที่สุดคือการผ่าตัดแบบ lumpectomy หรือ breast-conserving surgery ร้อยละ 39.5 รองลงมาคือ segmental mastectomy หรือ quadrantectomy ร้อยละ 24.5 และ modified radical mastectomy ร้อยละ 21.0 ขณะที่การผ่าตัดแบบ simple/total mastectomy และ radical mastectomy พบเท่ากัน ร้อยละ 7.5 ระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ยเท่ากับ 59.72 ± 33.54 นาที โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยกว่า 90 นาที ร้อยละ 78.5 และตั้งแต่ 90 นาทีขึ้นไป ร้อยละ 21.5 ส่วนระยะเวลาการดมยาสลบเฉลี่ยเท่ากับ 79.73 ± 35.18 นาที โดยมีผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาดมยาสลบน้อยกว่า 90 นาที ร้อยละ 66.0 และตั้งแต่ 90 นาทีขึ้นไป ร้อยละ 34.0 ด้านการใช้ยาโอปิออยด์ระหว่างผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับ fentanyl ร้อยละ 87.5 รองลงมาคือการใช้ทั้ง fentanyl และ morphine ร่วมกัน ร้อยละ 10.5 และการใช้ morphine เพียงอย่างเดียว ร้อยละ 2.0 สำหรับภาวะแทรกซ้อนในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ พบว่าภาวะเลือดออกหรือห้อเลือดเกิดขึ้น ร้อยละ 10.0 ขณะที่ไม่พบ ร้อยละ 90.0 อาการปวดหลังผ่าตัดพบมากที่สุดในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 56.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 36.0 ระดับรุนแรง ร้อยละ 2.0 และไม่พบอาการปวด ร้อยละ 6.0 ภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดพบ ร้อยละ 2.5 ส่วนใหญ่ไม่พบอาการ ร้อยละ 97.5 นอกจากนี้ ไม่พบภาวะง่วงซึมมากผิดปกติและภาวะกดการหายใจหลังผ่าตัดในผู้ป่วยทั้งหมด ขณะที่ภาวะความดันโลหิตต่ำพบ ร้อยละ 16.0 และไม่พบ ร้อยละ 84.0 รวมทั้งไม่พบอาการสั่นหลังผ่าตัดในผู้ป่วยทั้งหมด

ส่วนที่ 3 ระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ

ระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบของผู้ป่วยทั้งหมด 200 ราย มีค่าเฉลี่ย 60.30 ± 8.29 นาที ค่ามัธยฐาน 60 นาที และมีช่วงค่าต่ำสุดถึงค่าสูงสุดอยู่ระหว่าง 30–105 นาที เมื่อจำแนกระยะเวลาการพักฟื้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เวลาพักฟื้นน้อยกว่า 90 นาที ร้อยละ 98 โดยมีค่าเฉลี่ย

59.57 ± 6.50 นาที ค่ามัธยฐาน 60 นาที และช่วง 30–85 นาที ขณะที่ผู้ป่วยที่ใช้เวลาพักฟื้นตั้งแต่ 90 นาทีขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 2 โดยมีค่าเฉลี่ย 96.25 ± 7.50 นาที ค่ามัธยฐาน 95 นาที และช่วง 90–105 นาที ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ (PACU Length of Stay) ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม (n = 200)

ตัวแปร	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)	ค่าเฉลี่ย ± SD (นาที)	Median (Min–Max)
ระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ (รวม)	200	100	60.30 ± 8.29	60 (30–105)
< 90 นาที	196	98	59.57 ± 6.50	60 (30–85)
≥ 90 นาที	4	2	96.25 ± 7.50	95 (90–105)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ พบว่า การใช้ยาในกลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระยะเวลาการพักฟื้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.213, p = 0.0025) แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา กลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มใช้เวลาพักฟื้นนานขึ้น ในขณะเดียวกันปริมาณการใช้ยาโอปิออยด์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระยะเวลาการพักฟื้นใน PACU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.209, p = 0.0030) สะท้อนว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาโอปิออยด์มากขึ้นมีแนวโน้มใช้เวลาพักฟื้นนานขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะเลือดออกหรือห้อเลือดหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการพักฟื้น (r = −0.149, p = 0.0354) และภาวะความดันโลหิตต่ำมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงที่สุด (r = −0.263, p < 0.001)

ในทางตรงกันข้าม ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระยะเวลาการพักฟื้นใน PACU กับอายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด ชนิดของยาโอปิออยด์ ระดับอาการปวดหลังผ่าตัด และภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (p > 0.05) โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมากถึงต่ำ

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้ยาในกลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด ปริมาณการใช้ยาโอปิออยด์ ภาวะเลือดออกหรือห้อเลือด และภาวะความดันโลหิตต่ำ ขณะที่ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์และลักษณะการผ่าตัดส่วนใหญ่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ

ปัจจัย	r	*p*-value	Effect Size	95% CI	SE	Power
อายุ	0.066	0.3566	Trivial	[-0.074, 0.202]	0.0709	0.149
BMI	0.067	0.3484	Trivial	[-0.073, 0.204]	0.0698	0.153
โรคประจำตัว/โรคร่วม	0.017	0.8140	Trivial	[-0.122, 0.155]	0.0715	0.042
การใช้ยา Antiplatelet	0.213	0.0025**	Small	[-0.342, -0.076]	0.0796	0.848
ชนิดของการผ่าตัด	0.023	0.7429	Trivial	[-0.116, 0.162]	0.0718	0.051
ระยะเวลาการผ่าตัด	0.089	0.2091	Trivial	[-0.050, 0.225]	0.0795	0.239
ปริมาณการใช้ยาโอปิออยด์	0.209	0.0030**	Small	[0.072, 0.338]	0.0721	0.834

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ

ปัจจัย	r	*p*-value	Effect Size	95% CI	SE	Power
ชนิดของยา	-0.033	0.6388	Trivial	[-0.171, 0.106]	0.0786	0.068
Bleeding and hematoma	-0.149	0.0354*	Small	[-0.282, -0.010]	0.0912	0.552
Postoperative pain	0.100	0.1580	Small	[-0.039, 0.236]	0.0744	0.290
PONV	-0.117	0.0989	Small	[-0.252, 0.022]	nan	0.375
Hypotension	-0.263	0.0002***	Small	[-0.388, -0.129]	0.0825	0.958

หมายเหตุ: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการพักฟื้นในห้องพักฟื้นหลังดมยาสลบ (Post-Anesthesia Care Unit: PACU) ในผู้ป่วยผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาพักฟื้นเฉลี่ยประมาณ 60 นาที และผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถออกจาก PACU ภายใน 90 นาที สะท้อนว่าการผ่าตัดเต้านมเป็นการผ่าตัดที่มีความรุนแรงระดับไม่สูงมาก (moderate surgical stress) และมีแนวโน้มฟื้นตัวเร็วเมื่อได้รับการระงับความรู้สึกและการดูแลหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด (enhanced recovery after surgery; ERAS) ที่ระบุว่าการควบคุมปวด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเฝ้าระวังสรีรวิทยาที่เหมาะสมสามารถลดระยะเวลาการอยู่ในหน่วยเฝ้าระวังหลังผ่าตัดได้[14-15]

ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณการใช้ยาโอปิออยด์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระยะเวลาการพักฟื้นใน PACU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาโอปิออยด์มากขึ้นต้องใช้เวลาในการเฝ้าระวังหลังผ่าตัดนานขึ้น ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาโอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้เกิดอาการง่วงซึม ภาวะกดการหายใจ และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (postoperative nausea and vomiting; PONV) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของเกณฑ์ความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยจาก PACU เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวไม่เพียงพอหรือมีความไม่คงที่ของระบบหายใจและสัญญาณชีพ จะยังไม่ผ่านเกณฑ์การจำหน่าย จึงทำให้ระยะเวลาพักฟื้นยาวนานขึ้น แนวทางเวชปฏิบัติด้านการดูแลหลังการให้ยาระงับความรู้สึกของสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Society of Anesthesiologists; ASA) ระบุว่าภาวะกดการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว และความคงที่ของสัญญาณชีพเป็นปัจจัยหลักที่ใช้ประเมินความพร้อมจำหน่ายจาก PACU และจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังต่อเนื่องเมื่อได้รับยาโอปิออยด์[15] สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Gan และคณะ[16] ซึ่งรายงานว่าอาการไม่พึงประสงค์จากโอปิออยด์ โดยเฉพาะ respiratory depression และ PONV เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การจำหน่ายผู้ป่วยจาก PACU ล่าช้า[16] นอกจากนี้การศึกษาทางคลินิกด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดยังพบว่าการใช้โอปิออยด์ในขนาดสูงสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังดมยาสลบที่ช้าลงและเพิ่มระยะเวลาการเฝ้าระวังในหน่วยพักฟื้นหลังผ่าตัด[17] ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนแนวคิดการลดการใช้โอปิออยด์และการใช้เทคนิคระงับปวดแบบหลายกลไก (multimodal analgesia) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของแนวทาง Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาการอยู่ใน PACU

ในทำนองเดียวกัน การใช้ยาในกลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระยะเวลาการพักฟื้นใน PACU ซึ่งสามารถอธิบายได้เชิงสรีรวิทยา เนื่องจากยากลุ่มดังกล่าวออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเกล็ดเลือด ส่งผลต่อกระบวนการห้ามเลือดระยะแรก (primary hemostasis) ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น ภายหลังการผ่าตัดทีมวิสัญญีและพยาบาลห้องพักฟื้นจึงจำเป็นต้องเฝ้า

ระวังความคงที่ของสัญญาณชีพ การซึมของแผล และภาวะ hemodynamic instability อย่างใกล้ชิดก่อนการจำหน่ายจาก PACU แนวทางเวชปฏิบัติด้านการดูแลผู้ป่วยระยะรอบผ่าตัดระบุว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือดมีความเสี่ยงต่อ perioperative bleeding complication และควรได้รับการประเมินทางคลินิกอย่างรอบคอบก่อนเคลื่อนย้ายออกจากหน่วยเฝ้าระวังหลังดมยาสลบ โดยเฉพาะในช่วง immediate postoperative period[18-19] ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงสนับสนุนว่าผู้ป่วยที่ได้รับ antiplatelet therapy จำเป็นต้องใช้เวลาพักฟื้นใน PACU นานขึ้น เนื่องจากต้องยืนยันความคงที่ของระบบไหลเวียนโลหิตและการหยุดเลือดก่อนการจำหน่าย

ผลการศึกษายังพบว่า ภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension) มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการพักฟื้นใน PACU อย่างมีนัยสำคัญสูงที่สุด ปรากฏการณ์ดังกล่าวมีเหตุผลทางสรีรวิทยาชัดเจน เนื่องจากความดันโลหิตต่ำหลังดมยาสลบสัมพันธ์กับการลด perfusion ของอวัยวะสำคัญ เช่น สมอง ไต และหัวใจ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการเฝ้าระวังต่อเนื่องจนสัญญาณชีพคงที่ก่อนจำหน่าย[20] หลายการศึกษารายงานว่าภาวะ hypotension หลังผ่าตัดเป็นหนึ่งในตัวแปรสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ใน PACU นานขึ้น และสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด[21-23] ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับกลไกทางสรีรวิทยาและหลักฐานเชิงประจักษ์ก่อนหน้า นอกจากนี้ ภาวะเลือดออกหรือห้อเลือดหลังผ่าตัดพบว่ามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการพักฟื้นเช่นกัน แม้ค่าความสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำ แต่สามารถอธิบายได้ว่าการเกิดเลือดออกทำให้ต้องเฝ้าระวัง hemodynamic status และแผลผ่าตัด รวมถึงอาจต้องให้การรักษาเพิ่มเติม เช่น การกดห้ามเลือดหรือให้สารน้ำ ส่งผลให้การจำหน่ายจาก PACU ล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Liu และคณะ[10] ที่พบว่าภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเป็นสาเหตุสำคัญของ delayed discharge จาก PACU

ในทางตรงกันข้าม การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และชนิดของการผ่าตัดกับระยะเวลาการพักฟื้นใน PACU ซึ่งแตกต่างจากรายงานบางการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านผู้ป่วย โดยเฉพาะอายุที่มากขึ้นและการมีโรคร่วมหลายระบบ สามารถส่งผลให้การฟื้นตัวหลังการดมยาสลบช้าลง ความแตกต่างดังกล่าวอาจอธิบายได้จากลักษณะของการผ่าตัดเต้านมในการศึกษานี้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหัตถการที่มีความรุนแรงทางสรีรวิทยาในระดับต่ำถึงปานกลาง ระยะเวลาการผ่าตัดค่อนข้างสั้น และการสูญเสียเลือดไม่มาก ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีความคงที่ของระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจหลังผ่าตัด ดังนั้น ระยะเวลาการพักฟื้นใน PACU จึงมีแนวโน้มถูกกำหนดโดยปัจจัยเฉียบพลันหลังผ่าตัด เช่น ผลของยาระงับความรู้สึก การตอบสนองต่อยาแก้ปวด และภาวะแทรกซ้อนทางสรีรวิทยาในระยะต้น มากกว่าปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยเอง กล่าวคือ PACU-LOS ในบริบทของการผ่าตัดที่มีความรุนแรงไม่สูงมักสะท้อนความคงที่ของสัญญาณชีพและภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหลังการระงับความรู้สึกมากกว่าสถานะสุขภาพพื้นฐานก่อนผ่าตัด ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าทำไมตัวแปรด้านประชากรศาสตร์และโรคร่วมจึงไม่แสดงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษาครั้งนี้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยย้อนหลังจากเวชระเบียน จึงขึ้นกับความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลที่มีการบันทึกไว้เดิม ทำให้บางตัวแปรทางคลินิก เช่น รายละเอียดการให้สารน้ำ เทคนิคการระงับความรู้สึก และเกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยจาก PACU ไม่สามารถควบคุมหรือประเมินได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้การศึกษาเป็นแบบโรงพยาบาลแห่งเดียวและจำกัดเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดก้อนเนื้อที่เต้านม ซึ่งเป็นการผ่าตัดความรุนแรงไม่สูง ส่งผลให้ความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังการผ่าตัดชนิดอื่นมีข้อจำกัด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเฉียบพลันหลังผ่าตัด โดยเฉพาะการใช้ยาโอปิออยด์ ภาวะเลือดออก และภาวะความดันโลหิตต่ำ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการพักฟื้นใน PACU ดังนั้นในเชิงปฏิบัติควรให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด การป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำ และการจัดการความปวดโดยใช้แนวทางลดการใช้โอปิออยด์หรือการระงับปวดแบบหลายวิธี (multimodal analgesia) เพื่อลดระยะเวลาการพักฟื้นและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรมีการประเมินและเฝ้าระวังภาวะเลือดออกอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนจำหน่ายจาก PACU พร้อมทั้งพัฒนาเกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต

ควรดำเนินการศึกษาแบบไปข้างหน้าและหลายศูนย์เพื่อยืนยันผลและเพิ่มความสามารถในการอ้างอิง พร้อมใช้เกณฑ์จำหน่ายจากห้องพักฟื้นที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและบันทึกเวลาสำคัญของการฟื้นตัวอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ควรเก็บข้อมูลปัจจัยด้านการระงับความรู้สึกและการดูแลระหว่างผ่าตัดอย่างละเอียด และวิเคราะห์แบบพหุปัจจัยเพื่อควบคุมตัวแปรกวน รวมทั้งศึกษาผลลัพธ์ต่อเนื่องหลังออกจาก PACU เช่น ภาวะแทรกซ้อนภายใน 24 ชั่วโมง ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และการกลับมารักษาซ้ำ เพื่อประเมินผลกระทบของระยะเวลาพักฟื้นต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในภาพรวม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Breast cancer [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2025 Oct 20]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer
2. Fu M, Peng Z, Wu M, Lv D, Li Y, Lyu S. Current and future burden of breast cancer in Asia: a GLOBOCAN data analysis for 2022 and 2050. Breast. 2025;79:103835.
3. Vichapat V, Hinon A, Boonaob J, Ukritanon P, Meeniran B, Pansaksiri S. Unveiling cancer burden: an epidemiological study in a tertiary cancer center, Thailand. Asian Pac J Environ Cancer. 2023;6(1):39-48.
4. Tamminen A, Aaltonen RI, Ristola MT. Postoperative bleeding complications in breast conserving surgery and the role of antithrombotic medications: retrospective analysis of 4712 operations. World J Surg Oncol. 2024;22(1):234.
5. Ghadimi D, Looha MA, Akbari ME, Akbari A. Predictors of postoperative pain six months after breast surgery. Sci Rep. 2023;13:8302.
6. Zeng J, Cao Q, Hong A, Gu Z, Jian J, Liang X. Incidence of respiratory depression after anesthesia: systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2024;103(41):e40037.
7. Huniler HC, Deniz MN, Günişen İ, Yakut Özdemir Ö, Tetik A, Ulukaya S. Effects of perioperative hypothermia on extubation, recovery time, and postoperative shivering in breast surgery. Ther Hypothermia Temp Manag. 2024;14(2):110-7.
8. Ji JW, Liu Y, Liu ZQ, Wang Y. Effect of thoracic paravertebral block on intraoperative hypotension and postoperative pain in patients undergoing breast cancer surgery under general anesthesia: a retrospective study. Ann Palliat Med. 2021;10(8):8930-8.
9. Maraş G, Kalaycı H, Ceyhan Ö. Comparison of predictive models in postoperative nausea and vomiting in patients undergoing breast cancer surgery. Support Care Cancer. 2024;32(9):578.
10. Liu X, Zhang Y, Cai X, Kan H, Yu A. Delayed discharge from post-anesthesia care unit: a retrospective series. Medicine (Baltimore). 2023;102(43):e35447.

11. Gabriel RA, Waterman RS, Kim J, Ohno-Machado L. A predictive model for extended postanesthesia care unit length of stay in outpatient surgeries. Anesth Analg. 2017;124(5):1529-36.
12. โรงพยาบาลสงขลา. รายงานสถิติผู้ป่วยผ่าตัดก้อนเนื้อเต้านม ประจำปีงบประมาณ 2565–2568. สงขลา: กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลา; 2568.
13. Grove SK, Burns N, Gray J. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. Elsevier Health Sciences; 2012.
14. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced recovery after surgery: a review. JAMA surgery. 2017;152(3):292-8.
15. Apfelbaum JL, Silverstein JH, Chung FF, Connis RT, Fillmore RB, Hunt SE, Nickinovich DG, Schreiner MS, Barlow JC, Joas TA. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. Anesthesiology. 2013;118(2):291-307.
16. Gan TJ, Belani KG, Bergese S, Chung F, Diemunsch P, Habib AS, Jin Z, Kovac AL, Meyer TA, Urman RD, Apfel CC. Fourth consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. Anesth Analg. 2020;131(2):411-48.
17. Hao C, Xu H, Du J, Zhang T, Zhang X, Zhao Z, Luan H. Impact of opioid-free anesthesia on postoperative quality of recovery in patients after laparoscopic cholecystectomy-a randomized controlled trial. Drug Des Devel Ther. 2023;17:3539-47.
18. Crawford CB, Clay JA, Seydel AS, Wernberg JA. Surgical site infections in breast surgery: the use of preoperative antibiotics for elective, nonreconstructive procedures. Int J Breast Cancer. 2016;2016:1645192.
19. Abujbarah SM, Jogerst K, Kosiorek HE, Ahmad S, Cronin PA, Casey W, Craner R, Rebecca A, Pockaj BA. Postoperative Hematomas in the Era of Outpatient Mastectomy: Is Ketorolac Really to Blame? Ann Surg Oncol. 2022;29(10):6395-403.
20. Douglas N, Gilbert S, Ong J, Kave B, Leslie K, Darvall JN. Treatment of and outcomes from hypotension in the post-anaesthesia care unit: A single-centre retrospective cohort study. Anaesth Intensive Care. 2025;53(4):231-7.
21. Douglas N, Kave B, Leslie K, Selman CJ, Darvall JN. Association between post anaesthesia care unit hypotension and ward hypotension after non-cardiac, non-obstetric surgery: a single-centre retrospective cohort study. BMC anesthesiology. 2026;26(1):24.
22. Shimada T, Cohen B, Shah K, Mosteller L, Bravo M, Ince I, Esa WA, Cywinski J, Sessler DI, Ruetzler K, Turan A. Associations between intraoperative and post-anesthesia care unit hypotension and surgical ward hypotension. J Clin Anesth. 2021;75:110495.
23. Hoppe P, Kouz K, Saugel B. Perioperative hypotension: clinical impact, diagnosis, and therapeutic approaches. J Emerg Crit Care Med. 2020;4.

ดัชนีไกลเคชั่นของฮีโมโกลบิน(Hemoglobin Glycation Index) : ความชุกและปัจจัยเสี่ยงในการทำนายการเกิดโรคไตเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลระยอง

Hemoglobin Glycation Index (HGI): Prevalence and Risk Factors for Predicting Diabetic Kidney Disease Among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Rayong Hospital.

(Received: February 27,2026 ; Revised: February 28,2026 ; Accepted: March 4,2026)

ปิยะเรข ปภิรัชนาท[1]
Piyarek Papirachnart[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะไตเบาหวาน (Diabetic Kidney Disease; DKD) และประเมินความสัมพันธ์ระหว่าง Hemoglobin Glycation Index (HGI) กับการเกิด DKD ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ การศึกษาแบบ retrospective cohort ใช้ข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างปี พ.ศ. 2561–2562 และติดตามผล 5 ปี คำนวณค่า HGI จากความสัมพันธ์ระหว่าง HbA1c และ fasting plasma glucose (FPG) ณ baseline และจัดระดับเป็น tertiles วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย logistic regression

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 115 ราย พบการเกิด DKD จำนวน 35 ราย คิดเป็นความชุกตลอดช่วงติดตาม 5 ปีร้อยละ 30.43 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐาน พบว่า มีค่า FPG เริ่มต้นสูงกว่า (173.37±67.41 เทียบกับ 136.23±36.34 mg/dL, p<0.01) ค่า HbA1c สูงกว่า (8.21±1.66 เทียบกับ 7.47±1.48%, p<0.01) และระดับไตรกลีเซอไรด์สูงกว่า (178.85±105.69 เทียบกับ 134.2±59.31 mg/dL, p<0.01) เมื่อจำแนกตามระดับ HGI tertiles ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิด DKD ทั้งก่อนและหลังปรับตัวแปรกวน

คำสำคัญ:โรคไตเบาหวาน; ดัชนีไกลเคชั่นของฮีโมโกลบิน; เบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This study aimed to determine the prevalence of diabetic kidney disease (DKD) and evaluate the association between Hemoglobin Glycation Index (HGI) and incident DKD among newly diagnosed patients with type 2 diabetes mellitus. This retrospective cohort study used electronic medical records of newly diagnosed type 2 diabetes mellitus patients between 2018–2019 with 5 years of follow-up. HGI was calculated from the relationship between HbA1c and fasting plasma glucose (FPG) at baseline and categorized into tertiles. Logistic regression was used to analyze the association.

Results: A total of 115 patients were included. Thirty-five patients developed DKD, yielding a 5-year cumulative prevalence of 30.43%. Compared with those without DKD, patients who developed DKD had a significantly higher baseline FPG (173.37±67.41 vs. 136.23±36.34 mg/dL, p<0.01), higher HbA1c (8.21±1.66 vs. 7.47±1.48%, p<0.01), and higher triglyceride levels (178.85±105.69 vs. 134.2±59.31 mg/dL, p<0.01). When categorized by HGI tertiles, no significant association was observed between HGI levels and incident DKD either before or after adjustment for confounders

Keywords: Diabetic kidney disease; Hemoglobin Glycation Index; Type 2 diabetes mellitus.

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus; DM) เป็นโรคเมตาบอลิกเรื้อรังที่มีลักษณะสำคัญคือภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง (chronic hyperglycemia) ซึ่งหากไม่ได้รับการควบคุมอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ความเสียหายของอวัยวะสำคัญหลายระบบ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ไต จอตา และระบบประสาท โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 2

[1] พ.บ. วว.อายุรศาสตร์โรคไต กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง

ชนิดหลัก ได้แก่ เบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes Mellitus; T1DM) ซึ่งเกิดจากความบกพร่องในการสร้างอินซูลินของตับอ่อน และเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus; T2DM) ซึ่งเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด มีสาเหตุจากภาวะดื้อต่ออินซูลินหรือการหลั่งอินซูลินไม่เพียงพอ[1] ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิต หนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่มีความสำคัญทางคลินิกคือภาวะไตเบาหวาน (Diabetic Kidney Disease; DKD) ซึ่งจัดเป็นรูปแบบหนึ่งของโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease; CKD) พยาธิกำเนิดของ DKD เกี่ยวข้องกับทั้งกลไกทางเมตาบอลิกและการเปลี่ยนแปลงทาง hemodynamics จากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดการหนาตัวของเยื่อกรองไต (glomerular basement membrane thickening) การขยายตัวของ mesangium และการลดลงของอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate; GFR) อย่างต่อเนื่อง[2]

จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าอุบัติการณ์และความชุกของโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus; DM) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลกในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus; T2DM) ซึ่งเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในผู้ใหญ่ ปัจจุบันมีรายงานว่าในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11 ของประชากรโลก และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน หรือร้อยละ 12 ภายในปี ค.ศ. 2045[3] ในด้านภาวะแทรกซ้อน มีการประมาณว่าประมาณร้อยละ 20–50 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะพัฒนาไปสู่ภาวะไตเบาหวาน (Diabetic Kidney Disease; DKD) ในช่วงใดช่วงหนึ่งของการดำเนินโรค ภาวะดังกล่าวถือเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease; CKD) และโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Kidney Disease; ESKD) ทั่วโลก โดยคิดเป็นประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด[3]

เครื่องมือมาตรฐานในการประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาวคือค่า Hemoglobin A1c (HbA1c) ซึ่งสะท้อนค่าเฉลี่ยของระดับกลูโคสในช่วงประมาณ 2–3 เดือนที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม มีรายงานจากการศึกษาหลายฉบับพบว่า แม้ผู้ป่วยจะมีระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงกัน แต่ค่า HbA1c อาจแตกต่างกันระหว่างบุคคล สะท้อนถึงความแตกต่างเฉพาะรายในกระบวนการไกลเคชั่นของฮีโมโกลบิน[4,5] เพื่อจำแนกความแตกต่างของกระบวนการไกลเคชั่นระหว่างบุคคลดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนาดัชนี Hemoglobin Glycation Index (HGI) ซึ่งคำนวณจากส่วนต่างระหว่างค่า HbA1c ที่ตรวจวัดได้จริงกับค่าที่คาดการณ์จากระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (fasting plasma glucose; FPG)[6] แนวคิดของ HGI มีวัตถุประสงค์เพื่อสะท้อนแนวโน้มการเกิดไกลเคชั่นของฮีโมโกลบินในระดับบุคคล (interindividual glycation tendency) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับกลไกทางชีวภาพ เช่น ภาวะเครียดออกซิเดชัน (oxidative stress) และการอักเสบเรื้อรัง (chronic inflammation) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญที่มีบทบาทต่อการเกิดภาวะไตเบาหวาน (Diabetic Kidney Disease; DKD)[7,8] อย่างไรก็ตามข้อมูลในผู้ป่วยชาวไทยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง HGI กับภาวะไตเบาหวานยังมีจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยและเริ่มการรักษา ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะไตเบาหวาน (Diabetic Kidney Disease; DKD) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยอง และเพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างระดับดัชนีไกลเคชั่นของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin Glycation Index; HGI) กับการเกิดภาวะไตเบาหวาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาในการกำหนดแนวทางติดตามการทำงานของไตและการจัดการปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสมในระดับรายบุคคลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกของภาวะไตเบาหวาน (Diabetic Kidney Disease; DKD) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยอง และเพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างระดับดัชนีไกลเคชั่นของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin Glycation Index; HGI) กับการเกิดภาวะไตเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในโรงพยาบาลระยอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังในลักษณะ cohort (retrospective cohort analytic study) โดยใช้ข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยอง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 และติดตามผลทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะเวลา 5 ปี จนถึงสิ้นปี พ.ศ. 2566 เพื่อประเมินความชุกของค่า Hemoglobin Glycation Index (HGI) ระดับต่าง ๆ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง HGI กับการเกิดโรคไตเบาหวาน (diabetic kidney disease; DKD)

กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้ข้อมูล Association between hemoglobin glycation index and diabetic kidney disease in type 2 diabetes mellitus in China: A cross- sectional inpatient study [9] พบว่ากลุ่มที่มี hemoglobin glycation index ระดับสูง มีอัตราของการเกิด DKD 43.3 % โดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากรกลุ่มเดียว กำหนดAlpha(α)= 0. 05 Standard normal value(Z) = 1. 96, Prevalence(P) = 0.43, Absolute Presicion (d) = 0.086, 95% confidence interval Sample size (n) =115 ราย

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ 2) อายุขณะวินิจฉัย ≥ 18 ปี 3) มีผลตรวจ fasting plasma glucose (FPG) และ HbA1c ณ baseline ภายใน 6 เดือนแรกหลังการวินิจฉัย เพื่อใช้คำนวณ HGI 4) มีข้อมูลการติดตามค่าการทำงานของไต (eGFR) ได้รับการตรวจไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ และค่า urinary albumin-to-creatinine ratio (UACR)

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) สตรีที่ตั้งครรภ์ในช่วงเก็บข้อมูล 2) ผู้ป่วยที่มีโรคโลหิตจางหรือภาวะที่มีผลต่อความน่าเชื่อถือของค่า HbA1c 3) ผู้ป่วยที่มีโรคไตจากสาเหตุหลักอื่น (primary renal parenchymal disease) 4) ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังหรือ DKD อยู่แล้ว ณ baseline (เช่น eGFR < 60 ml/min/1.73 m^2 หรือ UACR ≥ 30 mg/g)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลระยอง สำหรับรวบรวมข้อมูลประชากรศาสตร์ ข้อมูลทางคลินิก และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยอง และผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ชนิดที่ 2 ปี 2561-2562 และติดตามเป็นระยะเวลา 5 ปี (2566)

ภาวะไตเบาหวาน (Diabetic Kidney Disease; DKD) นิยามตามแนวทางของ KDIGO ว่าเป็นภาวะความผิดปกติของการทำงานหรือโครงสร้างของไตที่คงอยู่นานอย่างน้อย 3 เดือนในผู้ป่วยเบาหวาน โดยพิจารณาจากค่า estimated glomerular filtration rate (eGFR) < 60 mL/min/1.73 m^2 และ/หรือค่า urinary albumin-to-creatinine ratio (UACR) ≥ 30 mg/g creatinine

ค่าเฉลี่ยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด (Hemoglobin Glycation Index; HGI) หมายถึง ค่าที่ได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาค่า

น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) แล้วนำเข้าสมการดังต่อไปนี้

(HGI = Observed HbA1C - Predicted HbA1C) โดยแทนค่าดังนี้

Observed HbA1C = HbA1C ที่ได้จากการตรวจวัดของแต่ละบุคคล

Predicted HbA1C (คำนวณได้จากสมการถดถอยเชิงเส้น) = a* fasting plasma glucose + c

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม STATA 10.1 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 ตัวแปรเชิงปริมาณที่มี การกระจายตัวปกติและไม่เป็นปกติ ตามลำดับ

3. ทดสอบแนวโน้มของความเสี่ยงต่อการเกิด DKD ตามระดับ HGI tertiles โดยนำ tertile เป็นตัวแปรเชิงลำดับ (T1=1, T2=2, T3=3) เข้าในโมเดล logistic regression และรายงานค่า p for trend

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปรโดยใช้สถิติถดถอยพหุลอจิสติก (Multiple logistic regression) ประเมินปัญหา multicollinearity โดยใช้ variance inflation factor (VIF) และประเมินความเหมาะสมของโมเดลด้วย Hosmer–Lemeshow goodness-of-fit test รายงานผลเป็น adjusted odds ratio (aOR), 95% CI และค่า p-value สำหรับตัวแปรในโมเดลสุดท้าย

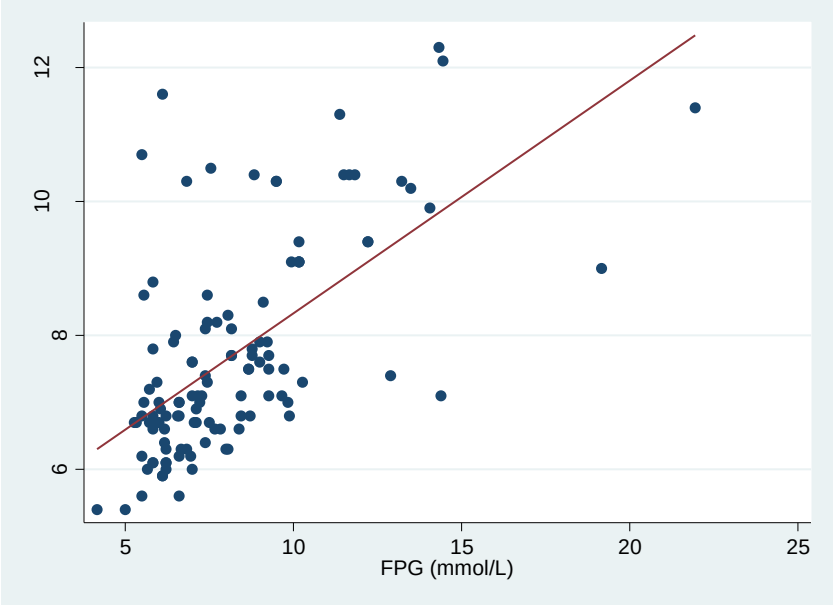
5. การสร้างสมการคาดการณ์ HbA1c เพื่อคำนวณ HGI วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่า HbA1c และ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (fasting plasma glucose; FPG) ณ baseline ค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) ได้รับการแปลงหน่วยจากมิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dL) เป็นมิลลิโมลต่อลิตร (mmol/L) ก่อนนำไปใช้ในการวิเคราะห์ และใช้การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (simple linear regression) เพื่อสร้างสมการคาดการณ์ค่า HbA1c สำหรับใช้คำนวณ HGI โดยรายงาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r), ค่าสัมประสิทธิ์การกำหนด (R^2) และค่า p-value

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลระยอง เลขที่ RYH REC.no 31/2567

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 115 ราย พบว่า 35 รายเกิดภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน (DKD) และ 80 รายไม่เกิด DKD ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในอายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิต คอเลสเตอรอล LDL-C HDL-C ค่า Serum creatinine และค่า eGFR ระหว่างสองกลุ่ม ($p>0.05$) ขณะที่กลุ่มที่เกิด DKD มีค่า FPG ก่อนเริ่มต้นสูงกว่า (173.37±67.41 เทียบกับ 136.23±36.34 mg/dL, $p<0.01$) ค่า HbA1c สูงกว่า (8.21±1.66 เทียบกับ 7.47±1.48%, $p<0.01$) และค่าไตรกลีเซอไรด์สูงกว่า (178.85±105.69 เทียบกับ 134.2±59.31 mg/dL, $p<0.01$) ดังตารางที่ 1 และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่ายพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง HbA1c และ FPG โดยได้สมการคาดการณ์ HbA1c = 4.85 + 0.35×FPG (mmol/L) มีค่าสหสัมพันธ์ $r=0.62$ และ $R^2=0.39$ ($p<0.001$) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างค่า HbA1c และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (fasting plasma glucose; FPG) วิเคราะห์โดยใช้การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย โดยกำหนดสมการค่า HbA1c ดังนี้: HbA1c (%) = 4.85 + 0.35 × FPG (mmol/L) ($r = 0.62$, $R^2 = 0.39$, $p < 0.001$)

จากข้อมูลทั้งหมดพบความชุกของภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน (DKD) เท่ากับร้อยละ 30.43 (35/115 ราย) และเมื่อจำแนกตามค่า Hemoglobin Glycation Index (HGI) เป็น 3 tertiles พบว่ากลุ่ม T1 (Low HGI) มีความชุกร้อยละ 30.77 (12/39 ราย) กลุ่ม T2 (Intermediate HGI) มีความชุกร้อยละ 23.68 (9/38 ราย) และกลุ่ม T3 (High HGI) มีความชุกร้อยละ 36.84 (14/38 ราย)โดยเมื่อเปรียบเทียบค่าอัตราส่วนความเสี่ยงแบบ Crude OR เทียบกับ T1 พบว่า T2 มีค่า OR 0.69 (95% CI 0.25–1.91, p=0.48) และ T3 มีค่า OR 1.31 (95% CI 0.50–3.38, p=0.57) และการทดสอบแนวโน้มโดยรวมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p for trend = 0.56) ดังตารางที่ 2

และผลการวิเคราะห์ logistic regression ทั้งแบบไม่ปรับและแบบปรับตัวแปรร่วม พบว่า T2 และ T3 ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิด DKD เทียบกับ T1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามการเกิดภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน (DKD)

Characteristics	No DKD (n=80)	DKD (n=35)	p-value
Age (years), mean ± SD	56.08±11.61	56.22±11.42	0.95
Male sex, n (%)	28 (37.0)	16 (45.71)	0.27
BMI (kg/m²), mean ± SD	28.95±5.74	29.29±7.02	0.78
Current smoker, n (%)	8 (10.0)	2 (5.71)	0.44
Current alcohol drinking, n (%)	5 (6.33)	2 (5.71)	0.90
Hypertension, n (%)	66 (82.50)	30 (85.71)	0.66
Dyslipidemia, n (%)	30 (37.50)	19 (54.29)	0.09
Basline SBP (mmHg), mean ± SD	134.76±18.08	139.14±18.73	0.23

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกตามการเกิดภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน (DKD)

Characteristics	No DKD (n=80)	DKD (n=35)	p-value
Basline DBP (mmHg), mean ± SD	77.51±9.77	79.28±11.17	0.39
Basline FPG (mg/dL), mean ± SD	136.23±36.34	173.37±67.41	<0.01*
Basline HbA1c (%), mean ± SD	7.47±1.48	8.21±1.66	<0.01*
Basline Triglycerides (mg/dL), mean ± SD	134.2±59.31	178.85±105.69	<0.01*
Basline HDL-C (mg/dL), mean ± SD	48.61±10.10	47.97±11.83	0.76
Basline LDL-C (mg/dL), mean ± SD	108.58±29.62	118.51±37.0	0.12
Basline Serum creatinine (mg/dL), mean ± SD	0.77 ±0.26	0.77±0.23	0.95
Basline eGFR (mL/min/1.73 m²),mean ± SD	95.03±21.37	94.70±23.01	0.94

ตารางที่ 2 ความชุกของภาวะไตเสื่อมจากเบาหวานจำแนกตามค่า Hemoglobin Glycation Index (HGI) แบ่งตาม tertiles

HGI tertiles	n	HGI range*	DKD, n (%)	Crude OR (95% CI)	p-value
T1 (Low HGI)	39	-2.75—0.6	12 (30.77)	1	
T2 (Intermediate HGI)	38	-0.60-0.21	9 (23.68)	0.69 (0.25-1.91)	0.48
T3 (High HGI)	38	0.3-4.62	14 (36.84)	1.31 (0.50-3.38)	0.57
p for trend					0.56

*HGI ranges are estimated based on tertile distribution.

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์Logistic regression ของความสัมพันธ์ระหว่างค่า HGI กับภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน (DKD) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

HGI tertiles	Unadjusted model		Multivariate model	
	OR (95%CI)	p-value	Adj.OR (95%ci)	p-value
T1 (Low HGI)	1		1	
T2 (Intermediate HGI)	0.69 (0.25-1.91)	0.48	0.54 (0.15-2.00)	0.36
T3 (High HGI)	1.31 (0.50-3.38)	0.57	0.69 (0.18-2.61)	0.59

ปรับค่าด้วย (adjust) ระดับไตรกลีเซอไรด์ ณ baseline

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีไกลเคชั่นของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin Glycation Index; HGI) กับการเกิดภาวะไตเบาหวาน (Diabetic Kidney Disease; DKD) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus; T2DM) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยอง โดยมีการติดตามผลเป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่าความชุกของ DKD ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เท่ากับร้อยละ 30.43 ซึ่งจากการศึกษาเชิงระบาดวิทยาของ Hoogeveen, E.K. [10] พบว่าความชุกของ DKD ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบได้ประมาณ 20–50% ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM)ต่ำกว่าการศึกษาของ Martínez-Montoro, J. [11]ที่ได้ศึกษาความชุก (prevalence) และภาระโรค (burden) ของโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM) ที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ต่อมไร้ท่อ (endocrinologists) ในระดับประเทศ (Spain)ความชุกของ CKD ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ 40.7%[11] เป็นไปได้ว่าความแตกต่างของ

อัตราความชุกระหว่างการศึกษานี้กับรายงานจากต่างประเทศอาจเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ลักษณะของประชากรที่ศึกษา ระบบบริการสุขภาพ เกณฑ์การวินิจฉัย และระยะเวลาการติดตามผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มที่เกิดภาวะไตเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (173.37±67.41 เทียบกับ 136.23±36.34 mg/dL, p<0.01) ซึ่งผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu, J. และคณะ[12]ซึ่งรายงานว่ารูปแบบระดับ FPG ในระยะยาวมีความสัมพันธ์กับอัตราการลดลงของ eGFR โดยเฉพาะกลุ่มที่มีระดับ FPG สูงอย่างต่อเนื่องมีความเสี่ยงต่อการเสื่อมของการทำงานของไตมากกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ ในเชิงกลไกภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังอาจส่งผลต่อโครงสร้างและหน้าที่ของหน่วยไตผ่านกระบวนการ glucotoxicity และการกระตุ้นเส้นทางการอักเสบและภาวะเครียดออกซิเดชัน ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินโรคไตเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับเหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการชะลอการเสื่อมของการทำงานของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2[2]

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มที่เกิดภาวะไตเบาหวานมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (178.85±105.69 เทียบกับ 134.2±59.31 mg/dL, p<0.01) ซึ่งสอดคล้องกับ Rizk et al., [13]พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับ ไตรกลีเซอไรด์สูงกว่า ≥240 mg/dL มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการเกิด CKD มากขึ้นในกลุ่มที่ ไม่มีหรือมี microalbuminuria (Alb A1, A2) สอดคล้องกับงานของ Gong et al., [14] จากโครงการ *China Cardiometabolic Disease and Cancer Cohort (4C Study)* ซึ่งศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่จำนวนกว่า 11,000 ราย ในประเทศจีน โดยพบว่าผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ (TG) สูงตั้งแต่เริ่มต้น (≥150 mg/dL) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเบาหวาน (DKD) สูงกว่า 1.37 เท่า (p=0.012) และผู้ที่มีระดับ TG สูงอย่างต่อเนื่องระหว่างการติดตามมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง 1.65 เท่า (p<0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มี TG อยู่ในเกณฑ์ปกติ เป็นไปได้ว่าการเพิ่มขึ้นของไตรกลีเซอไรด์ในกระแสเลือดส่งผลให้เกิดการสะสมของไขมันในเซลล์ท่อไตและเซลล์เมซานเจียม ซึ่งกระตุ้นกระบวนการอักเสบและการสร้างพังผืดผ่านกลไกของ oxidative stress, TGF-β activation และ renin–angiotensin system (RAS) overactivation ทำให้เกิดการหนาตัวของเยื่อกรองไต (glomerular basement membrane thickening) และการสูญเสียโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) ในระยะเริ่มต้นของโรคไตเบาหวาน

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับ HGI กับความเสี่ยงของการเกิด DKD ทั้งก่อนและหลังปรับค่าปัจจัยกวน แม้กลุ่มที่มีค่า HGI สูง (T3) จะมีความชุกของ DKD มากที่สุด (ร้อยละ 36.84) แต่ค่าความเสี่ยงที่คำนวณได้ (adjusted odds ratio, aOR = 0.69; 95%CI 0.18–2.61; p=0.59) ไม่แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง HGI และ DKD ที่มีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Kim และคณะ ในประเทศเกาหลี ซึ่งเป็นการศึกษาติดตามระยะยาวพบว่าผู้ที่มี HGI สูงมีความเสี่ยงต่อการเกิด CKD มากกว่าผู้ที่มี HGI ต่ำถึง 1.57 เท่า (HR 1.57; 95% CI 1.06-2.34) [15] นอกจากนี้ การศึกษาของ Nakasone และคณะ[16] ในประชากรทั่วไปในญี่ปุ่น พบว่า HGI สูงสัมพันธ์กับการเกิด CKD แม้ในผู้ที่ไม่มีเบาหวาน โดย HGI มีศักยภาพเป็นตัวทำนาย CKD ได้อิสระจากค่า HbA1c และระดับน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Xin และคณะ ในประเทศจีน ซึ่งศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียวบ่งชี้ว่าบุคคลที่มี HGI สูงมีแนวโน้มที่จะเป็น DKD มากกว่า (OR: 2.283, 95% CI: 1.708~ 3.052) อย่างไรก็ตาม ในทางพยาธิสรีรวิทยา HGI เป็นตัวบ่งชี้ความแตกต่างเฉพาะบุคคล (interindividual variability) ในกระบวนการไกลเคชั่นของฮีโมโกลบิน ซึ่งขึ้นกับทั้งระดับกลูโคสเฉลี่ยในเลือดและปัจจัยทางชีวภาพอื่น เช่น อายุของเม็ดเลือดแดง (red blood cell lifespan), ภาวะเม็ด

เลือดแดงแตก, ความแตกต่างทางพันธุกรรม และภาวะ oxidative stress ดังนั้นในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพ HGI อาจมีความแปรปรวนไม่มากพอที่จะสะท้อนความแตกต่างของความเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อม เนื่องจากการศึกษานี้คัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ และติดตามผลเป็นระยะเวลา 5 ปี ภาวะไตเบาหวานที่ตรวจพบอาจยังอยู่ในระยะเริ่มต้น ซึ่งอาจจำกัดความสามารถในการตรวจพบความแตกต่างของความเสี่ยงตามระดับ HGI[9]

อย่างไรก็ตามการศึกษาจากโรงพยาบาลระดับจังหวัดเพียงแห่งเดียว อาจไม่สามารถแทนประชากรผู้ป่วยในระดับประเทศได้ เนื่องจากลักษณะทางเศรษฐสังคมและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ที่เข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลระยอง พบความชุกของภาวะไตเบาหวานตลอดระยะเวลาติดตาม 5 ปี ร้อยละ 30.43 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไตเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) อย่างไรก็ตามเมื่อจำแนกระดับดัชนีไกลเคชั่นของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin Glycation Index; HGI) ตาม tertiles ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงการเกิดภาวะไตเบาหวาน

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนว่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะเริ่มต้น บทบาทของ HGI ในการทำนายความเสี่ยงต่อภาวะไตเบาหวานอาจมีข้อจำกัด การศึกษาในอนาคตควรมีขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น ระยะเวลาติดตามยาวนานขึ้น และพิจารณาปัจจัยทางเมตาบอลิซึมและพันธุกรรมเพิ่มเติม เพื่อประเมินบทบาทของ HGI ต่อการเกิดโรคไตเบาหวานได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

เพื่อประเมินบทบาทของ HGI ในการทำนายการเกิดภาวะไตเบาหวาน ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในลักษณะ prospective cohort study ที่มีขนาดตัวอย่างมากขึ้น และมีการติดตามระดับ HGI ร่วมกับค่าชี้วัดการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินความสัมพันธ์เชิงเวลา นอกจากนี้การพัฒนาแบบจำลองพยากรณ์ความเสี่ยง (risk prediction model) ที่ผสมผสาน HGI กับตัวแปรทางคลินิกอื่น อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินความเสี่ยงรายบุคคลได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. WHO.(2025). Diabetes [Internet]. [cited 2025 Sep 2]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
2. MacIsaac RJ, Ekinci EI, Jerums G.(2014). Markers of and Risk Factors for the Development and Progression of Diabetic Kidney Disease. Am J Kidney Dis. 2014 Feb 1;63(2):S39–62. doi:10.1053/j.ajkd.2013.10.048 PubMed PMID: 24461729.
3. Fenta ET, Eshetu HB, Kebede N, Bogale EK, Zewdie A, Kassie TD, et al.(2023). Prevalence and predictors of chronic kidney disease among type 2 diabetic patients worldwide, systematic review and meta-analysis. Diabetol Metab Syndr. 2023 Nov 28;15:245. doi:10.1186/s13098-023-01202-x PubMed PMID: 38012781; PubMed Central PMCID: PMC10683270.
4. Hempe JM, Hsia DS.(2022). Variation in the hemoglobin glycation index. J Diabetes Complications. 2022 Jul;36(7):108223. doi:10.1016/j.jdiacomp.2022.108223 PubMed PMID: 35667965.

5. Makris K, Spanou L.(2011). Is There a Relationship between Mean Blood Glucose and Glycated Hemoglobin? J Diabetes Sci Technol. 2011 Nov 1;5(6):1572–83. doi:10.1177/193229681100500634 PubMed PMID: 22226280; PubMed Central PMCID: PMC3262729.
6. Hempe JM, Yang S, Liu S, Hsia DS.(2021). Standardizing the haemoglobin glycation index. Endocrinol Diabetes Metab. 2021 Sep 23;4(4):e00299. doi:10.1002/edm2.299 PubMed PMID: 34558807; PubMed Central PMCID: PMC8502217.
7. Wang S, Song S, Gao J, Duo Y, Gao Y, Fu Y, et al.(2024). Glycated haemoglobin variability and risk of renal function decline in type 2 diabetes mellitus: An updated systematic review and meta-analysis. Diabetes Obes Metab. 2024;26(11):5167–82. doi:10.1111/dom.15861
8. Zhou W, Zhang L, Liu T.(2025). Association Between the Hemoglobin Glycation Index (HGI) and Risk of Diabetic Nephropathy: A Retrospective Cohort Study. Diabetes Metab Syndr Obes. 2025 Jun 5;18:1859–72. doi:10.2147/DMSO.S523442
9. Xin S, Zhao X, Ding J, Zhang X.(2023). Association between hemoglobin glycation index and diabetic kidney disease in type 2 diabetes mellitus in China: A cross- sectional inpatient study. Front Endocrinol. 2023;14:1108061. doi:10.3389/fendo.2023.1108061 PubMed PMID: 36967789; PubMed Central PMCID: PMC10031087.
10. Hoogeveen EK.(2022). The Epidemiology of Diabetic Kidney Disease. Kidney Dial. 2022 Sep;2(3):433–42. doi:10.3390/kidneydial2030038
11. Martínez-Montoro JI, Aparicio-Sánchez JJ, Pimentel B, Juárez-Campo M, Alamillo ML, Fernández-García JC. (2025). Screening, prevalence, and burden of chronic kidney disease in people with type 2 diabetes managed by endocrinologists: A nationwide cross-sectional study. Diabetes Res Clin Pract. 2025 Aug 1;226:112326. doi:10.1016/j.diabres.2025.112326
12. Liu J, Ma Y, Yu G, Wang W.(2023). Trajectories of Fasting Plasma Glucose and Risks of Chronic Kidney Disease in a General Chinese Population: A Retrospective Study. Int J Gen Med. 2023 Dec 5;16:5695–702. doi:10.2147/IJGM.S435451
13. Rizk J, Soohoo M, Hashemi L, Arif Y, Hsiung JT, Marroquin M, et al.(2021). Abstract 10683: Association Between Triglycerides and Incident Chronic Kidney Disease in Diabetics Across Stages of Albuminuria. Circulation. 2021 Nov 16;144(Suppl_1):A10683–A10683. doi:10.1161/circ.144.suppl_1.10683
14. Gong L, Wang C, Ning G, Wang W, Chen G, Wan Q, et al.(2021). High concentrations of triglycerides are associated with diabetic kidney disease in new onset type 2 diabetes in China: Findings from the China Cardiometabolic Disease and Cancer Cohort (4C) Study. Diabetes Obes Metab. 2021 Nov;23(11):2551–60. doi:10.1111/dom.14502 PubMed PMID: 34322974; PubMed Central PMCID: PMC9291490.
15. Kim W, Go T, Kang DR, Lee EJ, Huh JH.(2021). Hemoglobin glycation index is associated with incident chronic kidney disease in subjects with impaired glucose metabolism: A 10-year longitudinal cohort study. J Diabetes Complications. 2021 Jan;35(1):107760. doi:10.1016/j.jdiacomp.2020.107760 PubMed PMID: 33077349.
16. Nakasone Y, Miyakoshi T, Sakuma T, Toda S, Yamada Y, Oguchi T, et al.(2024). Hemoglobin Glycation Index: A Novel Risk Factor for Incident Chronic Kidney Disease in an Apparently Healthy Population. J Clin Endocrinol Metab. 2024 Mar 1;109(3):e1055–60. doi:10.1210/clinem/dgad638

ความสามารถในการวินิจฉัยอัตราส่วนของนิวโทรฟิลต่อลิมโฟซัยท์ และอัตราส่วนเกล็ดเลือดต่อลิมโฟซัยท์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด โรงพยาบาลระยอง

The Diagnostic Value of Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio and Platelet-to-Lymphocyte Ratio in Predicting Mortality Among Patients Undergoing Hemodialysis at Rayong Hospital.

(Received: March 1,2026 ; Revised: March 4,2026 ; Accepted: March 7,2026)

ภัทร ชุติมานุกูล[1]
Patthara Chutimanukul[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาค่าจุดตัดที่เหมาะสมของอัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์และอัตราส่วนเกล็ดเลือดต่อลิมโฟไซต์ และปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่รับบริการทดแทนไตโดยการฟอกเลือด โรงพยาบาลระยอง เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดเป็นประจำ ที่โรงพยาบาลระยอง จากฐานเวชระเบียนโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 – ธันวาคม 2564 และติดตามจนกระทั่งสถานะสุดท้ายของชีวิต 31 ธันวาคม 2568 ขนาดตัวอย่างในการศึกษา 101 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square test หรือ fisher exact, independent t-test, Mann-Whitney-U test หาค่าจุดตัดที่เหมาะสม โดยใช้ diagnostic test วิเคราะห์การรอดชีพ (Survival Analysis) และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตด้วยวิธี stepwise Cox proportional hazards regression

ผลการศึกษาพบว่า จากการศึกษาผู้ป่วย 101 ราย พบผู้เสียชีวิตหลังการติดตาม 27 ราย (ร้อยละ 26.7) มีค่ามัธยฐานการรอดชีพ (Median survival time) 5.9 ปี เมื่อประเมินความสามารถในการจำแนกความเสี่ยงการเสียชีวิต พบว่า NLR มีค่า AUC เท่ากับ 0.68 โดยค่าจุดตัดที่เหมาะสมคือ 4.93 (ความไว 50.0%, ความจำเพาะ 82.9%) ขณะที่ PLR มีค่า AUC เท่ากับ 0.62 มีค่าจุดตัด 367.31 (ความไว 41.2%, ความจำเพาะ 80.6%) จากการวิเคราะห์พหุตัวแปรด้วยวิธี Cox proportional hazards regression พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์ (NLR) ≥ 4.93 Adjust HR = 2.75 (1.26-5.99) และการมีโรคหัวใจ Adjust HR = 3.05 (1.11-8.44)

คำสำคัญ: อัตราส่วนของนิวโทรฟิลต่อลิมโฟซัยท์, อัตราส่วนเกล็ดเลือดต่อลิมโฟซัยท์, ผู้ป่วยที่รับการทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด , การรอดชีพ

Abstract

This study aimed to determine the optimal cut-off values of NLR and PLR and to identify factors associated with mortality among patients undergoing hemodialysis at Rayong Hospital. A retrospective cohort study included patients with ESRD receiving maintenance hemodialysis at Rayong Hospital. Data were obtained from hospital medical records between January 1, 2020 and December 31, 2021, with follow-up until December 31, 2025 to ascertain survival status. A total of 101 patients were included. Descriptive and inferential statistics were applied. Categorical variables were analyzed using the chi-square test or Fisher's exact test, and continuous variables were compared using the independent t-test, Mann-Whitney-U test. Optimal cut-off values were determined using diagnostic test analysis. Survival analysis was performed, and factors associated with mortality were identified using stepwise Cox proportional hazards regression.

The results demonstrated that, among 101 patients, 27 deaths occurred during follow-up (26.7%), with a median survival of 5.9 years. Regarding discriminatory performance for mortality prediction, the neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) yielded an area under the receiver operating characteristic curve (AUC) of 0.68, with an

[1] กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง

optimal cut-off value of 4.93 (sensitivity 50.0%, specificity 82.9%). The platelet-to-lymphocyte ratio (PLR) demonstrated an AUC of 0.62, with a cut-off value of 367.31 (sensitivity 41.2%, specificity 80.6%). In multivariable Cox proportional hazards regression analysis, NLR ≥ 4.93 (adjusted HR 2.75; 95% CI 1.26–5.99) and the presence of cardiovascular disease (adjusted HR 3.05; 95% CI 1.11–8.44) were identified as independent predictors of mortality.
Keywords: Neutrophil-to-lymphocyte ratio; Platelet-to-lymphocyte ratio; Hemodialysis; Survival

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) ถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับโลก การบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด (Hemodialysis: HD) ยังคงเป็นรูปแบบการรักษาที่พบมากที่สุด โดยคิดเป็นประมาณร้อยละ 69 ของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Kidney Replacement Therapy: KRT) และร้อยละ 89 ของการรักษาด้วยการฟอกไต (Dialysis) ทั้งหมดทั่วโลก อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วย HD มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต คิดเป็นเกือบร้อยละ 50 ของการเสียชีวิต นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเผชิญกับภาวะคุณภาพชีวิตที่ต่ำจากอาการแทรกซ้อน เช่น ความเครียด และภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา คุณภาพชีวิตและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป[1,2,3]

ในผู้ป่วย HD ภาวะการอักเสบเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความรุนแรงของโรคในผู้ป่วย ESRD และกระบวนการฟอกเลือดก็เป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญ ซึ่งส่งผลต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจในระยะยาว อัตราส่วน Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio (NLR) และ Platelet-to-Lymphocyte Ratio (PLR) เป็นตัวบ่งชี้ทางชีวภาพที่ได้รับความสนใจในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดภาวะการอักเสบที่สามารถคำนวณได้ง่ายจากผลตรวจเลือดทั่วไป ค่า NLR และ PLR สะท้อนถึงความสมดุลระหว่างการตอบสนองต่อการอักเสบและระบบภูมิคุ้มกัน โดยค่า NLR แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเพิ่มขึ้นของเซลล์นิวโทรฟิลกับการลดลงของเซลล์ลิมโฟไซต์ ในขณะที่ค่า PLR แสดงถึงการกระตุ้นของเกล็ดเลือดและภาวะการอักเสบเชิงระบบ การศึกษาก่อนหน้านี้ชี้ให้เห็นว่าค่า NLR และ PLR มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ไม่ดีในโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง[4] จากการศึกษาของ Zhang และคณะ[5] พบว่าค่า PLR ≥ 107.57 มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญ (HR = 3.379, p = 0.001) ในผู้ป่วยที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด นอกจากนี้การศึกษาของ Xu และคณะ[6]ยังพบว่าค่า NLR ≥ 3.71 สัมพันธ์กับการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง โดยมี AUC เท่ากับ 0.698

แม้ว่างานวิจัยจำนวนมากได้ศึกษาความสัมพันธ์ของ NLR และ PLR กับผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด แต่ข้อมูลเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ตัวชี้วัดเหล่านี้ในบริบทของประเทศไทยยังมีจำกัด นอกจากนี้การศึกษาก่อนหน้ายังแสดงผลลัพธ์ที่แตกต่างกันในเรื่องความแม่นยำของ NLR และ PLR เช่น การศึกษาของ Yaprak และคณะ[7] พบว่า PLR สามารถพยากรณ์การเสียชีวิตได้ดีกว่า NLR ขณะที่ Catabay และคณะ[8] ชี้ให้เห็นว่า NLR มีความแม่นยำสูงกว่าในระยะสั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การประเมินค่าจุดตัดที่เหมาะสมและความสัมพันธ์ของ NLR และ PLR ในการพยากรณ์ความเสี่ยงการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดโดยเฉพาะที่โรงพยาบาลระยอง ข้อมูลที่ได้จะช่วยสนับสนุนการวางแผนการรักษาและการตัดสินใจเชิงคลินิกของแพทย์ รวมถึงพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาค่าจุดตัดที่เหมาะสมของอัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์และอัตราส่วนเกล็ดเลือดต่อลิมโฟไซต์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่รับการ

บำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด โรงพยาบาลระยอง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด โรงพยาบาลระยอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) ที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด (Hemodialysis) รายใหม่เป็นประจำที่โรงพยาบาลระยองตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 – ธันวาคม 2564

กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้สูตรเพื่อประมาณค่าสัดส่วน ความสามารถในPlatelet to Lymphocyte Ratio ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาของ Ling-Cang Xu (2021)[4] ได้ศึกษา Predictive Value of Peripheral Blood Neutrophil-To-Lymphocyte Ratio and Platelet-To-Lymphocyte Ratio on Patient Survival with Peritoneal Dialysis พบว่า ROC ของ NLR = 0.698 โดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนกรณีประชากรกลุ่มเดียวกำหนดให้ค่า Alpha (α) = 0.05 Standard normal value (Z) = 1.96 Prevalence (P) = 0.698

Absolute Presicion (d) = 0.10 95% confidence interval และเพื่ออัตราการสูญหาย 20% ใช้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 101 ราย สามารถเก็บข้อมูลย้อนหลังจากฐานเวชระเบียนโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 – ธันวาคม 2564 และติดตามจนกระทั่งสถานะสุดท้ายของชีวิต 31 ธันวาคม 2568

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วย ESRD และได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดรายใหม่และติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอที่โรงพยาบาลระยอง

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ โรคภูมิคุ้มกันตนเอง โรคมะเร็ง ภาวะตับแข็ง และยากดภูมิคุ้มกันก่อนเข้าสู่การศึกษา ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องมาก่อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล โดยครอบคลุมข้อมูลลักษณะประชากร ข้อมูลทางคลินิก โรคร่วม ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสถานะการรอดชีพ

ค่า NLR คำนวณจากจำนวน neutrophil แบบ absolute count หารด้วยจำนวน lymphocyte แบบ absolute count และค่า PLR คำนวณจากจำนวนเกล็ดเลือด (platelet count) หารด้วยจำนวน lymphocyte ซึ่งได้จากผลการตรวจ complete blood count (CBC) ที่ผ่านกระบวนการควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลระยอง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลถูกรวบรวมย้อนหลังจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โดยคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้รับการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องก่อนการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนาข้อมูล กรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ นำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และในกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอค่ามัธยฐาน และค่า interquartile range ใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างของการรอดชีพระหว่างกลุ่มโดยใช้ Log-rank tes หาค่าจุดตัดที่เหมาะสมโดยใช้ Youden index แสดงค่าความไวความจำเพาะ positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV), positive likelihood ratio, negative likelihood ratio และ Area under ROC curve การวิเคราะห์การรอดชีพ

(Survival Analysis) เพื่อนำเสนอค่ามัธยฐานการรอดชีพ และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตด้วยวิธี stepwise Cox proportional hazards regression โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ (entry) และคงอยู่ในโมเดลที่ $p < 0.10$

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการประเมินจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง เลขที่โครงการ RYH REC NO. E008/2568 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2568

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดในโรงพยาบาลระยอง จำนวน 101 คน พบผู้เสียชีวิตหลังการติดตาม 27 ราย (ร้อยละ 26.7) มีค่ามัธยฐานการรอดชีพ (Median survival time) 5.9 ปี เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เสียชีวิต กับไม่เสียชีวิต พบว่า ตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ(ปี), ค่าดัชนีมวลกาย (BMI), วิธีการเข้าถึงหลอดเลือด (Vascular Access), มีโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ เบาหวานและหัวใจ, neutrophil (%), lymphocyte (%), อัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์ (NLR), อัตราส่วนเกล็ดเลือดต่อลิมโฟไซต์ (PLR) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด โรงพยาบาลระยอง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			p-value
	ไม่เสียชีวิต (n=74)	เสียชีวิต (n=27)	รวม (n=101)	
เพศ				0.449
ชาย	44 (59.5)	19 (70.4)	63 (62.4)	
หญิง	30 (40.5)	8 (29.6)	38 (37.6)	
อายุ (ปี)	62.0 ± 14.0	67.8 ± 12.9	63.6 ± 13.9	0.018
BMI (kg/m²)	24.2 ± 4.8	24.3 ± 5.6	24.2 ± 5.0	<0.001
Vascular Access				0.001
AVF	74 (100.0)	24 (88.9)	98 (97.1)	
PC	0 (0.0)	3 (11.1)	3 (2.9)	
โรคประจำตัวร่วม				
เบาหวาน	36 (48.6)	19 (70.4)	55 (54.5)	0.049
ความดันโลหิตสูง	48 (64.9)	13 (48.2)	61 (60.4)	0.054
ไขมันในเลือดสูง	44 (59.5)	13 (48.2)	57 (56.4)	0.400
โรคหลอดเลือดสมอง	3 (4.1)	0 (0.0)	3 (2.9)	0.267
โรคหัวใจ	6 (8.1)	5 (18.5)	11 (10.9)	0.022
เก๊าท์	8 (10.8)	2 (7.4)	10 (9.9)	0.405
neutrophil (%)	62.9 ± 7.0	67.4 ± 5.5	64.1 ± 6.9	0.008
total Cholesterol (mg/dL)	6997.8 ± 1556.6	9442.5 ± 6541.1	7657.9 ± 3766.8	0.119
LDL (mg/dL)	112.1 ± 28.3	100.0 ± 30.3	108.9 ± 29.2	0.081
albumin (g/dL)	3.6 ± 0.4	3.4 ± 0.4	3.5 ± 0.4	0.386
platelets (x10^3/µL)	5.2 ± 1.8	5.1 ± 1.0	5.3 ± 1.6	0.951

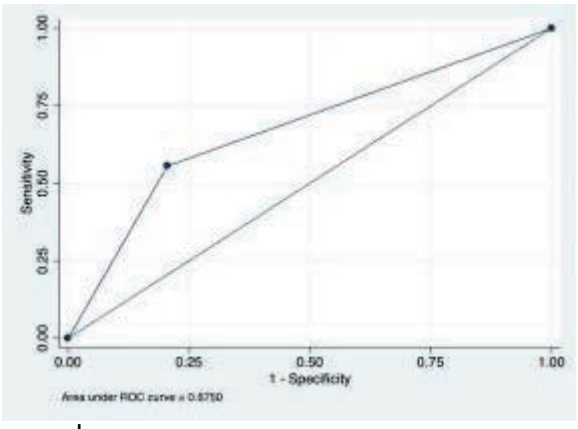
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด โรงพยาบาลระยอง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			p-value
	ไม่เสียชีวิต (n=74)	เสียชีวิต (n=27)	รวม (n=101)	
PTH (pg/mL)	327.1 ± 261.6	318.5 ± 396.6	324.8 ± 300.3	0.865
ferritin (ng/mL)	826.0 ± 557.8	870.2 ± 545.6	837.8 ± 552.2	0.666
lymphocyte (%)	21.2 ± 7.6	16.5 ± 4.5	19.9 ± 7.2	0.027
อัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์ (NLR)	3.7 ± 1.6	5.5 ± 2.9	4.2 ± 2.2	0.004
อัตราส่วนเกล็ดเลือดต่อลิมโฟไซต์ (PLR)	301.0 ± 131.1	395.9 ± 178.9	326.3 ± 150.5	0.022

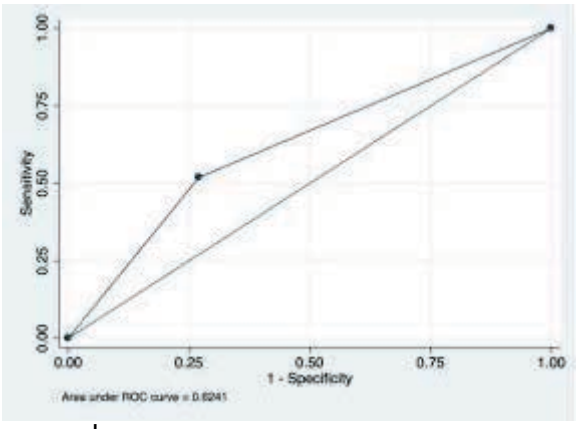
จากการศึกษาค่าจุดตัดที่เหมาะสมของอัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์ (NLR) และอัตราส่วนเกล็ดเลือดต่อลิมโฟไซต์ (PLR) กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด พบว่า ค่าจุดตัดที่เหมาะสมของอัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์ (NLR) เท่ากับ 4.93 และอัตราส่วนเกล็ดเลือดต่อลิมโฟไซต์ (PLR) เท่ากับ 367.31 โดยมีค่า ROC curve เท่ากับ 0.68 และ 0.62 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 และกราฟที่ 1,2

ตารางที่ 2 ค่าจุดตัดที่เหมาะสมของอัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์ (NLR) และอัตราส่วนเกล็ดเลือดต่อลิมโฟไซต์ (PLR) กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด

ค่าสถิติในการพยากรณ์	อัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์ (NLR)	อัตราส่วนเกล็ดเลือดต่อลิมโฟไซต์ (PLR)
Cut point	4.93	367.31
Sensitivity (%)	50.0%	41.2%
Specificity (%)	82.9%	80.6%
Positive likelihood ratio PPV (%)	55.6%	51.9%
Negative likelihood ratio NPV (%)	79.5%	73.0%
Area under ROC curve	0.68	0.62



กราฟที่ 1 แสดงค่า ROC ของ NLR ต่อการเสียชีวิต



กราฟที่ 2 แสดงค่า ROC ของ PLR ต่อการเสียชีวิต

จากการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด โรงพยาบาลระยอง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์ (NLR) ≥ 4.93 Adjust HR = 2.75 (1.26-5.99) และการมีโรคหัวใจร่วมด้วย Adjust HR = 3.05 (1.11-8.44) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่รับบริการทดแทนไตโดยการฟอกเลือด โรงพยาบาลระยอง

ตัวแปร	Adjust HR (95%CI)	p-value
อัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์ (NLR) ≥ 4.93	2.75 (1.26-5.99)	0.011
มีโรคประจำตัวร่วม (โรคหัวใจ)	3.05 (1.11-8.44)	0.031

หมายเหตุ: ทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี stepwise Cox proportional hazards regression โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ (entry) และคงอยู่ในโมเดลที่ $p < 0.10$ (retention) ตัวแปรที่นำเข้าสู่การพิจารณา ได้แก่ อัตราส่วนเกล็ดเลือดต่อลิมโฟไซต์ (PLR cut-off), อัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์ (NLR cut-off), อายุ, ค่าดัชนีมวลกาย, มีโรคประจำตัวร่วม (โรคเบาหวานและโรคหัวใจ)

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดเป็นประจำ ณ โรงพยาบาลระยอง โดยมีระยะเวลาติดตามต่อเนื่องจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2568 ผลการศึกษาพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 26.7 และมีค่ามัธยฐานการรอดชีพ 5.9 ปี คล้ายกับการศึกษาของ Chandrashekar และคณะ[9] ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ prospective 2 ปี ในผู้ป่วย maintenance hemodialysis จำนวน 96 ราย โดยรายงานอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 19.8 ภายในระยะติดตาม 2 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Shabankhani และคณะ[10] ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ historical cohort ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดจำนวน 500 ราย ในจังหวัด Mazandaran ประเทศอิหร่าน ระยะติดตาม 6 ปี การศึกษาดังกล่าวรายงานค่ามัธยฐานการรอดชีพเท่ากับ 108 เดือน (9 ปี) และพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 34.8 ตลอดระยะเวลาติดตาม โดยอัตราการรอดชีพที่ 1, 2, 3, 5, 10 และ 12 ปี เท่ากับ 84%, 77%, 71%, 58%, 43% และ 33% ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้จะมีการรักษาด้วยการฟอกเลือดอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการเสียชีวิตสะสมยังคงเพิ่มขึ้นตามระยะเวลา ดังนั้น ความแตกต่างของค่ามัธยฐานการรอดชีพและอัตราการเสียชีวิตระหว่างการศึกษาต่าง ๆ จึงอาจอธิบายได้จากความแตกต่างของโครงสร้างประชากร ระยะเวลาติดตาม คุณภาพและความเพียงพอของการฟอกไต ภาวะโภชนาการ ตลอดจนปัจจัยโรคร่วมและปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าอัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์ (Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio: NLR) มีค่า Area Under the Receiver Operating Characteristic Curve (AUC) เท่ากับ 0.68 โดยมีค่าจุดตัดที่เหมาะสมเท่ากับ 4.93 ให้ค่าความไวร้อยละ 50.0 และความจำเพาะร้อยละ 82.9 และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (NLR) ≥ 4.93 Adjust HR = 2.75 (1.26-5.99) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Xu และคณะ[4] ศึกษาในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พบว่า NLR ≥ 3.71 สามารถพยากรณ์การเสียชีวิตได้ โดยมีค่า AUC เท่ากับ 0.698 และ NLR ≥ 3.71 มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ค่าจุดตัดของการศึกษาปัจจุบันมีค่าสูงกว่า (4.93 เทียบกับ 3.71) แม้ว่าความสามารถในการจำแนกความเสี่ยงโดยรวม (AUC) จะอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน เป็นไปได้ว่าอัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์ (Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio: NLR) เป็นตัวบ่งชี้ที่สะท้อนภาวะการอักเสบเชิงระบบ (systemic inflammation) ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือด ค่า NLR ที่เพิ่มขึ้น

สะท้อนการเพิ่มจำนวน neutrophil ควบคู่กับการลดลงของ lymphocyte ซึ่งสะท้อนภาวะกดภูมิคุ้มกันหรือภาวะเครียดทางสรีรวิทยา (physiologic stress response) ดังนั้น ค่า NLR ที่สูงจึงบ่งชี้ถึงความไม่สมดุลของระบบภูมิคุ้มกันและระดับการอักเสบที่รุนแรงขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าอัตราส่วนเกล็ดเลือดต่อลิมโฟไซต์ (Platelet-to-Lymphocyte Ratio: PLR) การศึกษาครั้งนี้พบว่ามีค่า AUC เท่ากับ 0.62 โดยมีค่าจุดตัดที่เหมาะสมเท่ากับ 367.31 ให้ค่าความไวร้อยละ 41.2 และความจำเพาะร้อยละ 80.6 จากการวิเคราะห์พหุตัวแปรด้วยวิธี Cox proportional hazards regression ไม่พบว่าปัจจัย PLR มีผลต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Zhang และคณะ[5] ซึ่งรายงานว่า PLR ระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในผู้ป่วย maintenance hemodialysis โดยมีค่า hazard ratio เท่ากับ 3.379 (95% CI: 1.684–6.778; p = 0.001) นอกจากนี้การศึกษาของ yang และคณะ[11] ที่ประเมินบทบาทของตัวบ่งชี้การอักเสบจากเลือดส่วนปลายในผู้ป่วย maintenance hemodialysis (MHD) จำนวน 142 ราย ซึ่งรายงานว่า platelet-to-lymphocyte ratio (PLR) มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจากโรคไต (renal anemia) อย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่า PLR มีค่า AUC เท่ากับ 0.844 (95% CI: 0.774–0.899; P < 0.001) ให้ค่าความไว 76.0% และความจำเพาะ 85.1% ที่ค่าจุดตัด 143.4 ความแตกต่างของผลลัพธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้จากบริบททางคลินิกที่แตกต่างกัน โดย PLR อาจสะท้อนภาวะการอักเสบและการกระตุ้นเกล็ดเลือดที่สัมพันธ์โดยตรงกับภาวะโลหิตจางจากโรคไตหรือภาวะแทรกซ้อน ขณะที่การเสียชีวิตในผู้ป่วยฟอกเลือดเป็นผลลัพธ์ที่มีหลายปัจจัยร่วมด้วย อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะติดเชื้อ ภาวะโภชนาการ และภาวะอักเสบเรื้อรัง ดังนั้นการใช้ PLR เพียงตัวแปรเดียวอาจไม่เพียงพอในการพยากรณ์การเสียชีวิตในเชิงคลินิก

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการมีโรคหัวใจร่วมเป็นปัจจัยพยากรณ์การเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 3.05 เท่า (adjusted HR = 3.05; 95% CI: 1.11–8.44) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ[5] ซึ่งรายงานว่าผู้ป่วยฟอกเลือดที่มีภาวะเสี่ยงทางหัวใจร่วมกับค่า PLR สูง มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (HR = 3.379; 95% CI: 1.684–6.778) สอดคล้องกับบทความทบทวนของ Richardson และคณะ[12] ซึ่งระบุว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุหลักของการป่วยและการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESKD) ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยเน้นว่าความเสี่ยงดังกล่าวเกิดจากกลไกพยาธิสรีรวิทยาหลายประการที่ซับซ้อนและเฉพาะต่อผู้ป่วย dialysis ดังนั้นผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า โรคหัวใจร่วมและตัวบ่งชี้การอักเสบ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต การจำแนกความเสี่ยงด้านหัวใจในผู้ป่วยฟอกเลือดควรบูรณาการทั้งปัจจัยทางคลินิกและตัวชี้วัดชีวภาพเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินพยากรณ์โรคและวางแผนการดูแลเชิงรุกในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรพิจารณานำค่าอัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์ (NLR) ที่มีค่าจุดตัด ≥ 4.93 มาใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงการเสียชีวิตในผู้ป่วยฟอกเลือด เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่ได้จากการตรวจเลือดพื้นฐานและสามารถประยุกต์ใช้ได้ในเวชปฏิบัติประจำวัน ผู้ป่วยที่มีค่า NLR สูง โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคหัวใจร่วม ควรได้รับการประเมินและติดตามอย่างใกล้ชิด รวมถึงควรบูรณาการค่า NLR ร่วมกับข้อมูลทางคลินิกอื่น ๆ เพื่อพัฒนาระบบประเมินความเสี่ยงและวางแผนดูแลเชิงรุก เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรดำเนินการศึกษาแบบ prospective และศึกษาแบบหลายศูนย์ (multicenter study) เพื่อเพิ่ม

ขนาดตัวอย่าง รวมทั้งควรศึกษาการเปลี่ยนแปลงของค่า NLR และ PLR ตามระยะเวลา (dynamic change) เพื่อประเมินศักยภาพในการพยากรณ์ที่แม่นยำยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรเปรียบเทียบหรือพัฒนาแบบจำลองร่วมกับตัวบ่งชี้ภาวะอักเสบและปัจจัยทางคลินิกอื่น ๆ เพื่อสร้างเครื่องมือประเมินความเสี่ยงที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1.Cozzolino M, Mangano M, Stucchi A, Ciceri P, Conte F, Galassi A. Cardiovascular disease in dialysis patients. Nephrol Dial Transplant Off Publ Eur Dial Transpl Assoc - Eur Ren Assoc. 2018 Oct 1;33(suppl_3):iii28–34. doi:10.1093/ndt/gfy174 PubMed PMID: 30281132; PubMed Central PMCID: PMC6168816.

2.Bello AK, Okpechi IG, Osman MA, Cho Y, Htay H, Jha V, et al. Epidemiology of haemodialysis outcomes. Nat Rev Nephrol. 2022;18(6):378–95. doi:10.1038/s41581-022-00542-7 PubMed PMID: 35194215; PubMed Central PMCID: PMC8862002.

3.Himmelfarb J, Vanholder R, Mehrotra R, Tonelli M. The current and future landscape of dialysis. Nat Rev Nephrol. 2020 Oct;16(10):573–85. doi:10.1038/s41581-020-0315-4

4.Xu LC, Zhou FF, Li M, Dai ZW, Cai KD, Zhu BX, et al. Predictive Value of Peripheral Blood Neutrophil-To-Lymphocyte Ratio and Platelet-To-Lymphocyte Ratio on Patient Survival with Peritoneal Dialysis. Clin Lab. 2021 Sep 1;67(9). doi:10.7754/Clin.Lab.2021.210124 PubMed PMID: 34542957.

5.Zhang Y, Zhang A, Wei L, Ren K, Wang Q, Shao B, et al. A high platelet-to-lymphocyte ratio predicts all-cause mortality and cardiovascular mortality in maintenance hemodialysis patients. Ren Fail. 2023;45(2):2258228. doi:10.1080/0886022X.2023.2258228 PubMed PMID: 37724554; PubMed Central PMCID: PMC10512768.

6.Himmelfarb J, Stenvinkel P, Ikizler TA, Hakim RM. The elephant in uremia: oxidant stress as a unifying concept of cardiovascular disease in uremia. Kidney Int. 2002 Nov;62(5):1524–38. doi:10.1046/j.1523-1755.2002.00600.x PubMed PMID: 12371953.

7.Yaprak M, Turan MN, Dayanan R, Akın S, Değirmen E, Yıldırım M, et al. Platelet-to-lymphocyte ratio predicts mortality better than neutrophil-to-lymphocyte ratio in hemodialysis patients. Int Urol Nephrol. 2016 Aug;48(8):1343–8. doi:10.1007/s11255-016-1301-4 PubMed PMID: 27118565.

8.Catabay C, Obi Y, Streja E, Soohoo M, Park C, Rhee CM, et al. Lymphocyte Cell Ratios and Mortality among Incident Hemodialysis Patients. Am J Nephrol. 2017;46(5):408–16. doi:10.1159/000484177 PubMed PMID: 29130984; PubMed Central PMCID: PMC5777311.

9.Chandrashekar A, Ramakrishnan S, Rangarajan D. Survival analysis of patients on maintenance hemodialysis. Indian J Nephrol. 2014;24(4):206–13. doi:10.4103/0971-4065.132985 PubMed PMID: 25097332; PubMed Central PMCID: PMC4119332.

10.Shabankhani B, Kazemnejad A, Zaeri F, Espahbodi F, Ahmadi MH, Mirkazemi R, et al. Survival Factors in Patients With End-stage Renal Disease in Mazandaran Province, Iran. Iran J Kidney Dis. 2016 Mar 1;10(2):79.

11.Yang T, Zhang J, Cao T, Liu C. Platelet-to-lymphocyte ratio as a potential marker for routine management of renal anemia in maintenance hemodialysis patients: A single-center observational study. Medicine (Baltimore). 2026 Jan 9;105(2):e47075. doi:10.1097/MD.0000000000047075

12.Richardson T, Gardner M, Salani M. Cardiovascular Disease and Dialysis: A Review of the Underlying Mechanisms, Methods of Risk Stratification, and Impact of Dialysis Modality Selection on Cardiovascular Outcomes. Kidney Dial. 2025 Jan 23;5(1). doi:10.3390/kidneydial5010005

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในการเจ็บป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

Nursing care of Ischemic Stroke patients in the Intermediate care at Kalasin Hospital : A Study.

(Received: March 14,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 23,2026)

ทัศน์วรรณ ชาลีวรรณ[1]
Thasawan Chaleewan

บทคัดย่อ

ศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2568- ธันวาคม 2568 โดยใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอเร็ม โดยค้นหาปัญหา วางแผนปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการ แขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง การวินิจฉัย Acute Cerebral infraction S/P Craniectomy ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผ่าตัดสมองจากภาวะเลือดออกในสมอง ร่วมกับภาวะชักเกร็ง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แผนการรักษาให้รับการรักษาด้วยยา ฟื้นฟูสภาพร่างกาย ควบคุมความดันโลหิต การทำกายภาพบำบัด ควบคุมความดันโลหิต หลังติดตามดูแลต่อเนื่อง Glasgow coma scale (GCS) E4V5M6 ยังมีอาการแขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง Motor power ด้านซ้าย grade II ด้านขวา grade V พบปัญหาแทรกซ้อน คือภาวะความดันโลหิตสูง การเคลื่อนไหวบกพร่อง เสี่ยงต่อการสำลักอาหาร ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง ADL=10 คะแนน MRS=5 คะแนน พบปัญหาขาดผู้ดูแลหลัก และมีภาวะเศรษฐกิจหลังการเจ็บป่วย หลังรับการรักษาให้การดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 81 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการ อ่อนแรงด้านขวา ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด การวินิจฉัยโรค Acute Cerebral infraction due to MCA Thrombosis ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แพทย์จำหน่ายกลับบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง อาการ Glasgow coma scale (GCS) E4V2M5 ยังมีอาการแขนและขาด้านขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยว Motor power ด้านขวา grade II ด้านซ้าย grade IV รับการรักษาด้วยยาและฟื้นฟูสภาพ พบปัญหาภาวะความดันโลหิตสูงและหัวใจเต้นผิดจังหวะ การเคลื่อนไหวและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ADL=30 คะแนน MRS=4 คะแนน พบปัญหาการกลืนได้รับอาหารทางสายยาง ภายหลังการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ อาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน, เจ็บป่วยระยะกลาง

Abstract

This study compared two purposive case studies of patients with ischemic or occlusive stroke who were admitted to Kalasin Hospital between July 2025 and December 2025. The study utilized Gordon's 11 health patterns framework and Orem's self-care theory, employing problem identification, nursing intervention planning, and continuous assessment of nursing outcomes.

Results:

Case Study 1: A 68-year-old Thai male patient presented with weakness in the left arm and leg. The diagnosis was Acute Cerebral Inflammation S/P Craniectomy. His past medical history included brain surgery for cerebral hemorrhage with seizures. He was admitted to Kalasin Hospital. The treatment plan included medication,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

physical rehabilitation, blood pressure control, and physiotherapy. After continuous follow-up, his Glasgow Coma Scale (GCS) reading was E4V5M6. He continued to experience weakness in the left arm and leg. Left motor power was grade II, right motor power was grade V. Complications included hypertension, impaired movement, risk of aspiration, and impaired self-care abilities (ADL=10, MRS=5). He lacked a primary caregiver and faced economic difficulties after the illness. Following treatment, he received continuous care from a multidisciplinary team, and his condition improved progressively.

Case Study 2: An 81-year-old Thai female patient presented with right-sided weakness, facial asymmetry, and slurred speech. The diagnosis was Acute Cerebral Inflammation due to MCA Thrombosis. Her past medical history included cardiac arrhythmias and hypertension. The patient was admitted to Kalasin Hospital and discharged home for continued rehabilitation. The patient had a Glasgow Coma Scale (GCS) of E4V2M5, with continued weakness in the right arm and leg, facial drooping, and right-sided motor power grade II, while the left-sided motor power was grade IV. The patient received medication and rehabilitation. Hypertension and cardiac arrhythmias were observed, along with decreased mobility and self-care abilities (ADL=30, MRS=4). The patient had difficulty swallowing and received tube feeding. Following treatment and rehabilitation, the patient's overall condition improved progressively.

Keywords: Nursing care for stroke patients, Intermediate stage illness

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (Ischemic Stroke) หมายถึงโรคที่มีภาวะความเสียหายของระบบประสาทซึ่งอาจ เป็นเพียงบางส่วนหรือทั้งหมดของระบบประสาทโดย ความเสียหายนั้นเกิดขึ้นทันทีทันใดและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง หรือถึงแก่ชีวิต ภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากหลอดเลือดตีบตันหรืออุด ตัน (Ischemic stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยองค์การอนามัยโลก รายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ2 และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15 - 59 ปี ซึ่งในแต่ละปีมีคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 6 ล้านคน[1] สำหรับประเทศไทยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี 2567 พบอัตราตาย 3.47 คน อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันต่อประชากรแสนคนและปี 2568 พบผู้ป่วยมากขึ้นเป็น 9.29 ต่อประชากรแสนคน[2] การดูแลรักษาในกรณีที่ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน การรักษาคือการใช้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำชนิด rt-PA ภายหลังจากมีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงถึงจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดและสามารถลดอัตราความพิการได้ร้อยละ30[3] โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเฉียบพลัน เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ จนอาการคงที่ มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที ใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง อาการที่สำคัญได้แก่ หมดสติ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและหัวใจทำงานผิดปกติต้องรีบให้การรักษาให้รวดเร็วที่สุดไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดเข้าทางหลอดเลือด 2)ระยะหลังเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการคงที่ ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-14 วัน 3) ระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นระยะที่ผู้ป่วยอาจมีอาการไม่รู้สึกตัว หรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก การรักษาจะเน้นที่การฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ[4] ในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นปอด ปอดบวม และหัวใจล้มเหลว และพบภาวะแทรกซ้อนที่พบในระยะฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบจากการสำลัก ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ข้อติดยึดเกิดความพิการและอาจพบภาวะซึมเศร้า เป็นต้น [5]

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่เข้ารับการรักษา จากสถิติ ปี 2566 -2568 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวน 1,029, 1,083 และ 1,136 คน และพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 36, 38 และ 43 คน[6] โดยให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันตามแนวทางของสถาบันประสาทวิทยา การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤต ระยะกลางและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤติและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายจิตใจ สังคมให้ดีขึ้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาการพยาบาลและเกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะกลาง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา เพื่อวางแผนให้การพยาบาลในระยะกลางเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ช่วยฟื้นฟูสภาพ ลดความพิการและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีพในสังคมได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาล ผลลัพธ์การพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในการเจ็บป่วยระยะกลาง

2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนการเจ็บป่วยระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

คัดเลือกแบบเจาะจงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 2 ราย ระหว่างเดือน กรกฎาคม–ธันวาคม 2568 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน จากผู้ป่วยและญาติ โดยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการ แขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง การวินิจฉัย Acute Cerebral infraction S/P Craniectomy ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผ่าตัดสมองจากภาวะเลือดออกในสมอง ร่วมกับภาวะชักเกร็ง เข้ารับการรักษาที่ Home Ward ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แผนการรักษาให้ฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัดสมอง รับยาต่อเนื่อง ควบคุมความดันโลหิต กายภาพบำบัด การควบคุมความดันโลหิตสูง และการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังติดตามดูแลต่อเนื่อง Glasgow coma scale (GCS) E4V5M6 มีอาการแขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง Motor power ด้านซ้าย grade II ด้านขวา grade V พบปัญหาแทรกซ้อน คือภาวะความดันโลหิตสูง การสำลักอาหารขณะดื่มน้ำ การเคลื่อนไหวบกพร่อง ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง ADL=10 คะแนน MRS=5 คะแนน ขาดผู้ดูแลหลัก และภาวะเศรษฐกิจ หลังรับการรักษาให้การดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต่อเนื่อง ร่วมกับการทำกายภาพบำบัด อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 81 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการอ่อนแรงด้านขวา ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด การวินิจฉัยโรค Acute Cerebral infraction due to MCA Thrombosis ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง แพทย์จำหน่ายกลับบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง อาการ Glasgow coma scale (GCS) E4V2M5 แขนและขาด้านขวาอ่อนแรง Motor power ด้านขวา grade II ด้านซ้าย grade IV รับการรักษาด้วยยาและฟื้นฟูสภาพ พบปัญหาภาวะความดันโลหิตสูงและหัวใจเต้นผิดจังหวะ การเคลื่อนไหว ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง ADL=30 คะแนน MRS=4 คะแนน ปัญหาการกลืนใส่สายสวนจมูกสำหรับให้อาหาร ภายหลังการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ อาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

ตารางที่. 1 เปรียบเทียบ ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	หญิง
อายุ	68	81
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา 6	ประถมศึกษา 4
สถานภาพสมรส	สมรส	สมรส
อาชีพ	รับจ้าง	งานบ้าน
สิทธิการรักษา	ผู้พิการ	ผู้สูงอายุ
ภูมิลำเนา	อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์	อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
วันที่เข้ารับการรักษา	5 ธันวาคม 2568	13 กรกฎาคม 2568
วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล	12 ธันวาคม 2568	20 กรกฎาคม 2568
การวินิจฉัยโรค	Cerebral infraction S/P Craniectomy วันที่ 10 มิถุนายน 2566	Acute Cerebral infraction due to MCA Thrombosis
การผ่าตัด	S/P Craniectomy	ไม่ได้รับการผ่าตัด
การตรวจพิเศษ	CT Scan Brain Non Contrast	CT Scan Brain Non Contrast Echocardiogram

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	แขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง ส่งต่อเข้ารับการรักษาต่อเพื่อฟื้นฟูสภาพและดูแลต่อเนื่อง	อ่อนแรงด้านขวา ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ส่งต่อเข้ารับการรักษาต่อเพื่อฟื้นฟูสภาพและดูแลต่อเนื่อง
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	8 วัน ก่อน ญาติไปพบผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรง แขนขาซีกซ้าย ญาตินำส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แพทย์วินิจฉัยมีภาวะสมองโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน รักษาเบื้องต้นด้วยการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ พบภาวะสมองตีบและอุดตัน ให้การรักษาด้วยการรับประทานยา ฟื้นฟูสภาพและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบมีอาการแขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง แพทย์จำหน่ายกลับบ้านให้ประสานดูแลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ส่งเข้ารับการรักษาที่แผนก Home ward โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	1 สัปดาห์ก่อนมา ญาติแจ้งว่า ผู้ป่วยสับสน พูดไม่ชัด มีอาการ ขาและแขนด้านขวาอ่อนแรง หน้าด้านขวาเบี้ยว พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง ญาติผู้ป่วยโทรแจ้ง 1669 นำส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยรถกู้ชีพ Ambulance แพทย์วินิจฉัยมีภาวะสมองโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน รักษาเบื้องต้นด้วยการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ พบภาวะสมองตีบและอุดตัน ให้การรักษาด้วยการรับประทานยา ฟื้นฟูสภาพและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบมีภาวะความดันโลหิตสูง พูดไม่ชัด รับประทานอาหารไม่ได้ แขนและขาด้านขวาอ่อนแรง มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติแพทย์จำหน่าย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		กลับบ้าน ให้ประสานดูแลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ส่งเข้ารับการรักษาที่แผนก Home ward โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธประวัติโรคร่วม เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้รับการผ่าตัดสมอง ในวันที่ 10 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่เข้ารับการตรวจตามนัด	มีประวัติโรคร่วม เบาหวานและความดันโลหิตสูงหัวใจเต้นผิดจังหวะ รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และเข้ารับการตรวจตามนัด
อาการแรกรับ	ผู้ป่วย GCS E4V5M6 มีอาการแขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง Motor power ด้านซ้าย grade II ด้านขวา grade V ประเมิน ADL แรกรับ 10 คะแนน MRS 5 คะแนน สัญญาณชีพ 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต161 /76 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99% ผล CT Scan : Craniectomy site at fronto-temparal region. Hypodense lesion at right frontal lobe and right frontal lobe and right corona radiata with mild brain swelling; acute cerebral infraction is suspected. Old lacunar infraction.	ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3 mm SRTL BE stiff neck negative Motor power left grade IV, right grade II right facial palsy. NISH Score 12, ADL แรกรับ 30 คะแนน MRS 4 คะแนน positive dysarthria, left facial palsy สัญญาณชีพ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124 /65 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99% CT Scan: Old lacunar infraction at right tentifrom nucleus, Sub acute to chronic infraction, Age related brain atrophy.
การประเมินร่างกายตามระบบ		
1.General appearance	Thai male, Good consciousness. BW 55 kgs. สูง 165 cms. BMI = 20.20	Thai female, good consciousness, looked weak, not pale jaundice BW 40 kgs. สูง 150 cms. BMI 16.6
2.HEENT	Not pale conjunctive, no pale sclera, no edematous of eyelids, no neck engorged.	Not pale conjunctive, no pale sclera, no edematous of eyelids, no neck engorged
3.Heart	Normal S1, S2, no murmur	Irregular rhythm, Normal S1, S2, no murmur
4.Lungs	Clear both lungs	Lungs Clear, no crepitation
5.Abdomen	Abdomen soft normal active bowel sound	Abdomen mild guarding tender , Liver was just palpable, normal active bowel sound
6. Genitourinary	CVA not tender	CVA not tender
7.Extremities	Motor power left grade grade II, right leg grade V	Motor power left grade IV , right grade II
8.Neurosigns	GCS E4V5M6 pupil 3mms. react to light both eyes.	GCS E4V5M6 pupil 3mm react to light both eyes.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กรณีศึกษารายที่ 1 WBC 7,000 cell/mm^3 Hb 13.8 g/dL Hct 43.4 % Plt 197,000 cell/mm^3 PT 12.7 sec INR 0.97 BUN 17.23 mg/dL Creatinine 0.75 mg/dL eGFR 94 ml/min/1.73m^2 Sodium 141.2 mmol/L Potassium 3.79 mmol/L Co2 26.97 mmol/L Chloride 104.7 mmol/L Calcium 9.73 mg/dL

Phosphorus 3.42 mg/dL Magnesium 2.13 mg/dL Albumin 4.09 g/dL Cholesterol 266 mg/dL Triglyceride 85.0 mg/dL HDL 46.9 mg/dL LDL-C 202 mg/dL Glucose(FBS) อดอาหาร 82.08 mg/dL DTX 111 mg% HbA1c 6.0%.

กรณีศึกษารายที่ 2 WBC 7,800 cell/mm^3 Hb 11.0 g/dL Hct 34.1 % Plt 314,000 cell/mm^3 PT 24.0 sec INR 1.24 BUN 12.38 mg/dL Creatinine 0.97 mg/dL eGFR 55 ml/min/1.73m^2 Sodium 138 mmol/L Potassium 3.89 mmol/L Co2 19.66 mmol/L Chloride 104. mmol/L Cholesterol 152.3 mg/dL Triglyceride 112.8 mg/dL HDL 50.5 mg/dL LDL-C 79 mg/dL Glucose(FBS)อดอาหาร 132.03 mg/dL DTX 133 mg% HbA1c 6.6 %.

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันจากการแจ้งของแพทย์และพยาบาล โดยรับรู้จากเข้ารับการรักษาขณะที่นอนรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีปัญหาแขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง ทำให้การเคลื่อนไหวลำบาก จากที่ตนเคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมองแตกและเคยผ่าตัดสมอง ทำให้มีอาการเคลื่อนไหวลำบากเดิม อีกทั้งขาดการรับประทานยาต่อเนื่อง และขาดการไปพบแพทย์ตามนัด มีปัญหาไม่มีคนพาเข้าไปพบแพทย์ตามนัด และค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ	ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าตนมีแขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง บุตรนำส่งที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รับการรักษาด้วยการให้ยาควบคุมความดันโลหิต รักษาภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ และมีการฟื้นฟูสภาพแขนและขาที่อ่อนแรง ปัญหาการพูดและการกลืน ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองต้องรับประทานอาหารผ่านสายสวนจมูก หลังอาการดีขึ้นแพทย์ให้กลับบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน และนัดพบแพทย์เป็นระยะ ผู้ป่วยยังมีปัญหาการกลืนใส่สายสวนจมูก ปัญหาการเคลื่อนไหวต้องมีการกายภาพที่ต่อเนื่อง เปรียบเสมือนว่าตนพิการเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ รับรู้ว่ามีการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงต้องฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง
2. โภชนาการและการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารได้เอง รับประทาน 3 มื้อ/วัน เป็นอาหารพื้นบ้าน ทานได้ปกติไม่มีสำลักอาหาร	รับประทานอาหารเป็นอาหารปั่น (Blenderized diet) 300 ml x 4 feed ญาติซื้ออาหารปั่นสำเร็จรูปมาให้ รับประทาน ไม่มีอาหารเหลือค้างในกระเพาะอาหาร
3. การขับถ่าย	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ1 ครั้ง ปัสสาวะได้ปกติ วันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีปัสสาวะแสบขัด	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ1 ครั้ง ปัสสาวะได้ปกติ วันละ 3-5 ครั้ง ไม่มีปัสสาวะแสบขัด
4.กิจวัตรประจำวัน	สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ มีบางกิจกรรมต้องมีญาติคอยช่วยเหลือการทำกิจกรรม ประเมิน ADL=10 คะแนน MRS=5 คะแนน	ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเอง มีญาติช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมในบางกิจกรรม ประเมิน (ADL) 30 คะแนน MRS 4 คะแนน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ไม่มีปัญหาการนอนหลับ นอนหลับได้ 6- 8 ไม่เคยใช้ยานอนหลับ	นอนหลับประมาณ 4-6 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีปัญหาในการนอนไม่เคยใช้ยานอนหลับ
6. สติปัญญา และการรับรู้	ผู้ป่วยเรียนจบประถมศึกษา 6 อ่านออก เขียนได้ สื่อสารได้ถูกต้อง	ผู้ป่วยเรียนจบประถมศึกษา 4 อ่านออก เขียนได้ สื่อสารได้ถูกต้อง
7.การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ญาติผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดผู้ป่วยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเดิม เคยผ่าตัดสมอง ประวัติความดันโลหิตสูงและขาดการรับประทานยาต่อเนื่อง ไม่ติดตามการรักษา	ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้จากตนเองมีความแก่ชราและมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
8.บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	อาศัยอยู่กับภรรยาและบุตรขณะเจ็บป่วยมีภรรยาคอยดูแล	อาศัยอยู่กับบุตรสาวและหลาน มีบุตรและหลานคอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน
9.เพศและการเจริญพันธุ์	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศของตนเอง	พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศของตนเอง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
10.การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	ผู้ป่วยแจ้งว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว ทำให้ครอบครัวคือภรรยาขาดรายได้ ไม่สามารถทำงานรับจ้างได้ จึงขาดรายได้	การเจ็บป่วยครั้งนี้มีความเจ็บป่วยที่รุนแรงไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ มีความพิการ เป็นภาระของลูกหลาน
11.ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ชอบการขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ให้ช่วยคุ้มครองตนเองและครอบครัว เข้าวัดตามโอกาสที่มีเทศกาลงานบุญหรือมีคนพาไป	นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในศาสนาพุทธและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เชื่อในเรื่องเวรกรรม สวดมนต์ตอนเย็น เข้าวัดวันพระและเทศกาลงานบุญตามโอกาส

ตารางที่. 4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในการเจ็บป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง กลัวอาการรุนแรงและมีอันตรายจนเกิดความพิการ	ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หลังการรักษาจากโรงพยาบาลเกิดภาวะแทรกซ้อน กลืนอาหารไม่ได้ เคลื่อนไหวไม่ได้ เปรียบเสมือนคนพิการไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ต้องเป็นภาระลูกหลาน	กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาด้วยอาการมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันต้องรับการรักษาต่อเนื่องฟื้นฟูสภาพและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษารายที่ 1 รับการรักษาด้วยอาการแขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรงส่งต่อเข้ารับการรักษาต่อเพื่อฟื้นฟูสภาพและดูแลต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 2 รับการรักษาด้วยอาการอ่อนแรงด้านขวา ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ส่งต่อเข้ารับการรักษาต่อเพื่อฟื้นฟูสภาพและดูแลต่อเนื่องกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ญาติและผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันรวมทั้งและภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดขึ้นและความพิการที่อาจเกิดขึ้นตามมา
2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	**การวินิจฉัย** Acute Cerebral infraction S/P Craniectomy **อาการและอาการแสดง** ผู้ป่วย GCS E4V5M6 มีอาการแขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง Motor power ด้านซ้าย grade II ด้านขวา grade V สัญญาณชีพ 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต161/76 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99%	**การวินิจฉัย** Acute Cerebral infraction due to MCA Thrombosis **อาการและอาการแสดง** ผู้ป่วย GCS E4V5M6 pupil 3 mm SRTL BE stiff neck negative Motor power left grade IV, right grade II พรเ facial palsy. NISH Score 12, ADL แรกรับ 30 คะแนน MRS 4 คะแนน positive dysarthria, right facial palsy สัญญาณชีพ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที	**การวินิจฉัย** **กรณีศึกษารายที่ 1** Acute Cerebral infraction S/P Craniectomy **กรณีศึกษารายที่ 2** Acute Cerebral infraction due to MCA Thrombosis กรณีศึกษารายที่ 1 เข้ารับการรักษาด้วยอาการมีอาการแขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง มีพยาธิสภาพที่สมองฝั่งขวาจากผล CT Scan จึงเกิดพยาธิสภาพที่ฝั่งซ้าย ส่วนกรณีศึกษารายที่2 เข้ารับการรักษาด้วยอาการ อ่อนแรงด้านขวา ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ผล CT Scan มีพยาธิสภาพที่สมองฝั่งซ้ายจึงเกิดพยาธิสภาพที่แขนและขาด้านขวา

ตารางที่. 4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในการเจ็บป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
		ความดันโลหิต 124 /65 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation = 99%	
3.แผนการรักษา	**Medication** -ASA (300mg) 1 tab OD p.c. (7-21 ธันวาคม 2568 then 81 mg 2- ธันวาคม 2568- 7 มกราคม 2569) -Atrovastatin(40mg) 1 tab hs. -FolicAcid (5mg) 1 tab OD p.c. -Omeprazole (20mg) 1 tab OD a.c. -Vittamin B complex 1 tabs tid p.c. -Keppra (500mg) 1 tabs bid p.c. -Baclofen (10mg) 1 tabs bid p.c.	**Medication** -Warfarin (3mg) ½ tab hs.. *10 วัน. -Hydrarazine(25mg) 2 tabs tid.p.c. -Amlodipine (5mg) 1 tabs bid p.c. -Atrovastatin(40mg) 1 tab hs. -Omeprazole (20mg) 1 tab OD a.c. -Vittamin B complex 1 tabs tid p.c.	**แผนการรักษา** **กรณีศึกษา รายที่ 1** มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเคยมีประวัติได้รับการผ่าตัดสมอง การเจ็บป่วยครั้งนี้ได้รับการรักษารักษาด้วยการให้ยาควบคุมความดันโลหิตและยาป้องกันการชักเกร็งและวินิจฉัยโรคเพิ่มเติม คือ เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ในการติดตามอาการร่วมกับการทำกายภาพบำบัดในการรักษาอาการอ่อนแรงแขนและขาด้านซ้าย มีแผนการรักษาต่อเนื่อง **กรณีศึกษา 2** มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน อีกทั้งมีภาวะโรคร่วมได้แก่ ความดันโลหิตสูงและมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หลังการเจ็บป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนของหัวใจเต้นผิดจังหวะ และมีแขนและขาข้างขวาอ่อนแรง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการปรึกษา Intermediate care ทั้ง 2 ราย เพื่อติดตามการรักษาให้มีความต่อเนื่องในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทำกายภาพบำบัดให้มีความต่อเนื่อง
	กายภาพบำบัด **กายภาพบำบัด** ส่งกายภาพบำบัด โรงพยาบาลจันทร์-พุธ-ศุกร์	**กายภาพบำบัด** ส่งกายภาพบำบัด โรงพยาบาลจันทร์-พุธ- ศุกร์	กรณีศึกษาทั้ง 2ราย ได้รับการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ด้วยการทำกายภาพบำบัด จันทร์-พุธ-ศุกร์ จากการประเมิน ประเมิน ADL=10 คะแนน MRS=5 คะแนน ส่วนกรณีการศึกษารายที่ 2 ประเมิน ADL=30 คะแนน MRS=5 คะแนน จึงมีแผนการรักษาให้มีการทำกายภาพบำบัดให้มีความต่อเนื่อง
	การผ่าตัด ประวัติได้รับการผ่าตัดสมอง S/P Craniectomy วันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ.2566	**การผ่าตัด** ปฏิเสธการผ่าตัด	ประวัติการเจ็บป่วย กรณีศึกษารายที่1 เคยมีประวัติการผ่าตัดสมองก่อนเข้ารับการรักษา
	การตรวจพิเศษ **CT Scan** Craniectomy site at fronto-temparal region. Hypodense lesion at right frontal lobe and right frontal lobe and right	**การตรวจพิเศษ** **CT Scan** Old lacunar infraction at right tentifrom nucleus, Sub acute to chronic infraction, Age related brain atrophy	ผลการตรวจพิเศษทั้ง 2 ราย ได้รับการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ คือ การทำ CT Scan เพื่อวินิจฉัยพยาธิสภาพที่สมองและมีพยาธิสภาพที่ตำแหน่งแตกต่างกัน จึงส่งผลให้มีพยาธิสภาพคนละตำแหน่ง กรณีศึกษารายที่ 1 มีพยาธิสภาพที่สมองด้านซ้ายส่งผลมีพยาธิสภาพที่แขนและขาด้านซ้าย กรณีศึกษาราย

ตารางที่. 4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในการเจ็บป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	corona radiata with mild brain swelling; acute cerebral infraction is suspected. Old lacunar infraction.		ที่ 2 มีพยาธิสภาพที่สมองบริเวณด้านขวาจึงมีพยาธิสภาพที่บริเวณด้านซ้าย
	การนัด **F/U** 7 มกราคม 2568	**F/U** 2 สัปดาห์ ตรวจINR 30 กรกฎาคม 2568	

ตารางที่. 5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในการเจ็บป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
4.ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1. เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจากภาวะความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาที่ 1,2	1) แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติของภาวะความดันโลหิตสูงปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มีอาเจียน ชักเกร็ง เป็นต้น 2) ดูแลให้เข้ารับการตรวจตามแผนการรักษา ควบคุมความดันโลหิต ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) ดูแลการรับประทานยาให้มีความต่อเนื่อง 4) แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การงดอาหารเค็ม มัน อาหารหมักดอง งดอาหารประเภทแป้งเป็นต้น 5) ดูแลให้ทานยารักษาโรคหลอดเลือดสมองตามแผนการรักษาของแพทย์ 6) แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อนหรือมองไม่เห็น อาการปากเบี้ยว หน้าเบี้ยว มุมปากตก อาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ไม่มีแรงหรือชาเฉียบพลัน อาการพูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง พูดไม่ออก พูดตะกุกตะกัก เป็นต้น
2.พร่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง กรณีศึกษาที่ 1,2	1) ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (ADL) เพื่อช่วยวางแผนการดูแล 2) ประเมินการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน คอยพยุงลุกนั่ง ช่วยประคองเวลาผู้ป่วยลุก นั่ง เดิน 3) สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู ติดตามการพบนักกายภาพบำบัด ตามแผนการักษาของแพทย์ ในวัน จันทร์ -พุธ-ศุกร์ 4) การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย เช่น ที่นอน ผ้าปู เสื้อผ้า โดยเน้นถึงความสะอาด ไม่มีปมหรือเงื่อนที่อาจทำให้เกิดแผลจากการนอนทับ 5) สอนญาติและผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมบริหารตนเองและกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นขั้นตอนเพิ่มขึ้น ตามความสามารถ 6. ดูแลให้ทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น มีอาการชา แขนและขา หรือแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัดเป็นต้น
3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration Pneumonia) เนื่องจากเส้นประสาทสมองสูญเสียหน้าที่ กรณีศึกษาที่ 1,2	1) ประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองตีบ คือ ภาวะ Aspiration 2) มีการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์, พยาบาล,เภสัชกร,กายภาพบำบัด, นักโภชนาการและญาติ 3) จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรคคืออาหารปั่น Blenderized diet 400mlx4 feedตามแผนการรักษา จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อป้องกันการไหลย้อนของอาหาร 4) ดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก ล้างเศษอาหารที่ติดข้างกระพุ้งแก้มด้านอัมพาตออกให้หมดโดยการบ้วนปากและแปรงฟันทุกวัน 5) ดูแลการให้อาหารและการฝึกกลืนโดยแพทย์กายภาพ ตามแผนการรักษา ของแพทย์ 6) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา ขณะให้อาหารและหลังให้อาหาร 15-30 นาที 7) สังเกตอาการสำลักอาหาร

ตารางที่. 5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในการเจ็บป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
4.มีโอกาสเกิดแผลกดทับ เนื่องจากการมีการ เคลื่อนไหวร่างกายลดลง กรณีศึกษาที่ 1,2	1.ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Braden scale อย่างสม่ำเสมอ ตรวจสภาพผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก เช่น ก้นกบ ส้นเท้า สะโพก ข้อศอก อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง 2.ดูแลการเปลี่ยนท่าทาง ช่วยเปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง จัดท่าให้อยู่ในแนวลำตัวที่เหมาะสม ลดแรงกดและแรงเสียดสี ใช้อุปกรณ์รองรับ เช่น หมอน เบาะลม หรือแผ่นรองลดแรงกด 3.ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยขยับตัวหรือเปลี่ยนท่าด้วยตนเองตามความสามารถ ทำ Passive/Active range of motion exercise อย่างสม่ำเสมอ ประสานงานกับนักกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูการเคลื่อนไหว 4.ดูแลผิวหนังให้สะอาดและชุ่มชื้น รักษาความสะอาดผิวหนัง หลีกเลี่ยงความอับชื้นจากเหงื่อ ปัสสาวะ หรืออุจจาระ ทาครีมบำรุงผิวหรือสารป้องกันผิวหนังบริเวณที่เสี่ยง 5.ดูแลด้านโภชนาการ ประเมินภาวะโภชนาการและภาวะขาดสารอาหาร ส่งเสริมการได้รับอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานเพียงพอ ประสานนักโภชนาการหากพบภาวะเสี่ยง 6.ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ อธิบายความสำคัญของการเปลี่ยนท่าและการดูแลผิวหนัง สอนญาติช่วยสังเกตอาการเริ่มต้นของแผลกดทับ เช่น ผิวหนังแดง กดไม่จาง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแล 7.บันทึกและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง บันทึกสภาพผิวหนัง การเปลี่ยนท่า และการตอบสนองของผู้ป่วย ประเมินผลลัพธ์และปรับแผนการพยาบาลตามสภาพผู้ป่วย
5.เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากแขนขาอ่อนแรง กรณีศึกษาที่ 1,2	1) ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (ADL) เพื่อช่วยวางแผนการดูแล 2) ประเมินการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน คอยพยุงลุกนั่ง ช่วยประคองเวลาผู้ป่วยลุก นั่ง เดิน 3) สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4) การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย เช่น ที่นอน ผ้าปู เสื้อผ้า โดยเน้นถึงความสะอาด ไม่มีปมหรือเงื่อนที่อาจทำให้เกิดแผลจากการนอนทับ 5) สอนญาติและผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมบริหารตนเองและกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นขั้นตอนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามความสามารถ 6) ยกไม้กั้นเตียงป้องกันการพลัดตกหกล้มญาติคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรม
6.เสี่ยงการสื่อสารบกพร่อง เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูดอ่อนแรง กรณีศึกษาที่ 2	1.ประเมินความสามารถในการสื่อสาร ประเมินการพูด การออกเสียง ความชัดเจน และความเข้าใจภาษา แยกความแตกต่างระหว่าง dysarthria, aphasia และปัญหาการได้ยิน ประเมินความสามารถในการใช้วิธีสื่อสารทางเลือก 2.สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสื่อสาร พูดคุยในที่เงียบ ลดสิ่งรบกวน อยู่ในระดับสายตาเดียวกับผู้ป่วย แสดงท่าทีใจเย็นและให้เวลาเพียงพอ 3. ใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม พูดช้า ชัด ใช้ประโยคสั้น เข้าใจง่าย ถามคำถามแบบตอบ “ใช่/ไม่ใช่” หรือให้เลือกคำตอบ ใช้ท่าทาง สีหน้า ภาพ หรือการชี้ช่วยสื่อสาร 4. ส่งเสริมการใช้วิธีสื่อสารทางเลือก จัดหาแผ่นภาพ บัตรคำ กระดานเขียน หรืออุปกรณ์สื่อสาร สนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้การเขียน การพยักหน้า หรือการชี้แทนการพูด 5. กระตุ้นและฝึกการพูดตามศักยภาพ ให้ผู้ป่วยฝึกออกเสียงทีละคำหรือพยางค์ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพยายามสื่อสาร ไม่พูดแทนโดยไม่จำเป็น ให้กำลังใจ ลดความกังวลและความอายในการพูด 6.ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งต่อหรือติดตามการบำบัดกับนักแก้ไขการพูด (Speech therapist) ประสานแพทย์หากมีภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการสื่อสาร 7.ให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแล แนะนำวิธีสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ส่งเสริมให้ญาติรับฟังอย่างตั้งใจ ไม่เร่งรัดหรือแสดงความหงุดหงิด เน้นการให้กำลังใจและความเข้าใจผู้ป่วย 8.บันทึกและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง บันทึกความก้าวหน้าในการสื่อสารของผู้ป่วย ประเมินผลและปรับกิจกรรมการพยาบาลตามความสามารถที่เปลี่ยนแปลง
7. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ	1) ประเมินภาวะร่างกายได้รับอาหารไม่เพียงพอ ได้แก่ อาการผิวแห้งแตก ไม่มีความชุ่มชื่น

ตารางที่. 5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในการเจ็บป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมการพยาบาล
เนื่องจาก กล้ามเนื้อในการกลืนลดลง กรณีศึกษาที่ 2	2) ดูแลให้อาหาร Blenderized diet 300 ml x 4 feed+น้ำ 50 ml ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมิน Contentของอาหารเหลือค้างก่อนให้อาหารทุกครั้ง 3) ให้ความรู้ญาติเกี่ยวกับการเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน 4) ดูแลรักษาความสะอาดร่างกายและSet การให้อาหารเพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าไปในร่างกาย
8.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากผลกระทบจาก การเจ็บป่วย กรณีศึกษาที่ 1,2	1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอาการปัญหาที่ยังคงหลงเหลืออยู่ การสังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาท ที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ อาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว แขนและขามีอาการอ่อนแรง หรือมีอาการชา หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเป็นต้น 2) แนะนำสอนและฝึกผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล(care giver) การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัด การพลิกตะแคงตัว การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม การรักษาความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำ แปรงฟัน ความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ทุกครั้งที่ปนเปื้อนอุจจาระ 4)ให้ผู้ป่วยได้รับทราบเกี่ยวกับความเป็นจริงรอบ ๆ ตัว เช่น จัดหาปฏิทิน วิทยุ รูปภาพของครอบครัวไว้ในห้องหรือข้างตู้ข้างเตียง 5) แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การสังเกตอาการข้างเคียงของการรับประทานยา แนะนำการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามแผนการรักษา
9.ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเปลี่ยนแปลง เนื่องจากสูญเสียบทบาทและหน้าที่ของตนเอง กรณีศึกษาที่ 1	1. แจ้งอาการและอาการแสดงให้ผุ้ป่วยและญาติยอม อาการและอาการแสดง และให้ญาติยอมรับความรู้สึก พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถ 2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ โดยการใช้คำพูดที่สุภาพเป็นกันเอง อธิบายเกี่ยวกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและไม่กล่าวโทษว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตน 3. กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ได้มากที่สุด พร้อมกล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำได้ 4. พูดให้กำลังใจญาติผู้ดูแล ให้ยอมรับสภาพผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษ แนะนำให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเห็นคุณค่าของผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
10. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายเพื่อดูแลต่อเนื่อง กรณีศึกษาที่ 1,2	1. ประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย 2. ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัดพยาบาลอนามัยชุมชน และพยาบาลเจ้าของไข้ ร่วมวางแผนเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ญาติ/ caregiver ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านตามประเด็นปัญหา และความต้องการ 3. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ตามแนวทาง D-METHODด้วยการให้คำแนะนำการรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา และการรับยาต่อเนื่อง การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการหกล้ม เกิดอุบัติเหตุจากการทรงตัว เพราะผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงการออกกำลังกายของแขนขา เพื่อส่งเสริมการหายของโรคการสังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ซึมลง พฤติกรรมเปลี่ยน ชัก การมาตรวจตามนัด การใช้แหล่งบริการทางสุขภาพใกล้บ้านให้เกิดประโยชน์และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค 4. ประสานโรงพยาบาลเครือข่าย/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดุแลต่อเนื่อง การส่งต่อผู้ป่วยในระบบ intermediate care การประสานกับเครือข่ายชุมชน 5. ติดตามผลการดูแลต่อเนื่องภายในระยะ 2 สัปดาห์และระยะ 6 เดือนหลังการเจ็บป่วย ผ่านโรงพยาบาลเครือข่ายและระบบ Smart Thai COC เพื่อติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย การรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน เมื่อมีการอุดกั้นของหลอดเลือดที่สมอง ถ้าสามารถแก้ไขให้เลือดกลับมาไหลเวียนได้อย่างเพียงพอ เนื้อสมองส่วนนี้จะสามารถกลับมาทำงานได้อีก และหากเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะ วิกฤติ หลัง 72 ชั่วโมง การดูแลระยะกลางเมื่ออาการเข้าสู่ระยะคงที่ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการวางแผนการพยาบาล จึงมุ่งการเฝ้าระวังติดตามเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ การป้องกัน

อุบัติเหตุและการฟื้นฟูสภาพร่างกายทั้งด้าน Active และ Passive movement ซึ่งจากการศึกษากรณีศึกษา ทั้ง 2 รายที่ผ่านมานี้ จะเห็นได้ว่าพยาบาลจะให้การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบจากการสำลัก ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ข้อติดยึด เกิดความพิการและอาจพบภาวะซึมเศร้า ป้องกันการพลัดตกหกล้มหรือการกลับเป็นโรคซ้ำ ในกรณีศึกษารายที่2 คำนึงถึงสมรรถภาพและข้อจำกัดของผู้ป่วยเป็นหลัก และเมื่อแพทย์วางแผนจำหน่ายใช้ DMETHOD แนวคิดของโอเร็ม พยาบาลได้ให้ความรู้ วิธีการดูแล ผู้ป่วยที่บ้านให้แก่ผู้ป่วย และญาติ พร้อมทั้งแนะนำ แหล่งประโยชน์ใกล้บ้าน รวมไปถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน จากการพยาบาล ดังที่กล่าวมานี้ จะเห็นว่าการทำงานของพยาบาลได้ นำความรู้จากทฤษฎีของโรคหลอดเลือดสมองและหลักการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบถ้วน รวมไปถึงการวางแผนดูแลระยะยาวตามกระบวนการ ดำเนินโรคในผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมี Care giver เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยรายที่ 2 ปัญหากลืนการอาหาร ยังมีปากเบี้ยวกลืนไม่ได้ เสี่ยงต่อการสำลักเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยต้องมี Care giver เป็นกำลังสำคัญช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและต้องการผู้ช่วยเหลือในแต่ละวันในการทำกิจกรรมต่างๆ มากกว่า รายที่เนื่องจากว่าพยาธิสภาพและอายุที่มากกว่า ผู้ป่วย ทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น โดยดูจากระดับ คะแนน ADLที่เพิ่มขึ้น สามารถลดภาวะทุพลภาพของ ผู้ป่วยได้พร้อมให้ความรู้คำปรึกษาคำแนะนำในการ ป้องกันและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือ ทางสังคม การดูแลภาวะสุขภาพของครอบครัว เสริมพลังแก่ญาติและผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วย พร้อม สนับสนุน ให้ Care giver ในชุมชน ให้เข้ามาช่วยดูแล องค์กรมาร่วมดูแลได้รับการดูแลในเรื่องอุปกรณ์ที่ความจำเป็น ลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่องทำให้ช่วยลด สภาพความพิการผู้ป่วยและผู้ดูแลยอมรับสภาพการ เจ็บป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนสามารถพึ่งตนเองและช่วยเหลือตนเองตามอัตภาพได้[5]

สรุปผลการศึกษา การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญเป็นอย่างมากและต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการดูแล สภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยต้องเหมาะสมทั้งทางด้านสังคม การดูแลของ Care giver คือคนในครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่าบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในการช่วยดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในการประเมินปัญหาสุขภาพได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ สามารถวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่สำคัญคือสถานภาพทางด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการให้ความรู้ประชาชนในชุมชนให้มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากกลับเข้าสู่ชมชน การดูแลโดยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1.การรณรงค์ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวานความดันโลหิตสูง ไขมันสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจเต้นผิดปกติ สูบบุหรี่ อ้วนและกลุ่มไม่ออกกำลังกายโดยเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันทุกรายควรได้รับการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยในระยะ Intermedial care เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องถึงชุมชน

3.ควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายให้ผู้ป่วยและญาติสร้างความมั่นใจในการ

ดูแลและฟื้นฟูสภาพก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนได้

4.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันทุกรายควรได้รับการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยในระยะ Intermedial care เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องถึงชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. The National Institute of Neurological Disorder and stroke rt-PA Stroke study group. (2022).
2. Ministry of Public Health. Department of Disease Control. Bureau of Non-Communicable Diseases. Annual report 2024 [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Non-Communicable Diseases; 2024 [cited 2024 Jun 15]. Available from: http://www.thaincd.com/ document/file/download/paper-manual/NCD Report60.pdf
3. American Stroke Association.(2024) Guideline for the early Management of patient With Acute Ischemic Stroke. Retrieved january 10, 2024, from https://www.bmc .org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals / Protocols
4.กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ.2563-2568). กรุงเทพฯ : อโมชั่นอาร์ตจำกัด; 2568
5. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย.(2563). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ:สถาบันประสาทวิทยา.
6. สถิติข้อมูล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานข้อมูลและสถิติ. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2565-2568. (คัดสำเนา)

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

การพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วม มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

The Development of Participation Model on Road Safety Management, Songkhla Rajabhat University

(Received: March 3,2026 ; Revised: March 6,2026 ; Accepted: March 8,2026)

ภัชชนก รัตนกรปรีดา[1] เยาวลักษณ์ เตี้ยนวน[2], บุญเรือง ขาวนวล[3]
Patchanok Rattanakornpreeda[1] Yaowalak Teanuan[1] Boonruang Khaonuan[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วม มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกตตรวจสอบผล และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรคหลัก V010-V8929 จำนวน 2,473 คน 2) ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 21 คน 3) นักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 77 คน และ 4) ยานพาหนะที่สัญจรภายในพื้นที่ศึกษา ได้แก่ รถจักรยานยนต์ 391 คัน และรถยนต์ส่วนบุคคล 362 คัน รวมทั้งสิ้น 2,671 ราย/หน่วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน ชุดเครื่องมือบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนมุ่งเน้นผลลัพธ์ (เครื่องมือ 5 ชิ้น) แบบประเมินผลหลังการปฏิบัติการ แบบบันทึกการสังเกตการณ์ และแบบบันทึกสำรวจจุดเสี่ยง ดำเนินการเก็บข้อมูลในรอบวงจรที่ 1 ระหว่างเดือนพฤษภาคม - กันยายน พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงอุปนัย

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นคือ PMRHe Model ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) การบูรณาการความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย (Participation: P) ผ่านกลไกการทำงานของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ในระยะก่อการ เพื่อสร้างความร่วมมือที่เข้มแข็ง 2) การบริหารจัดการและสำรวจจุดเสี่ยง (Management: M) ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนทั้งพื้นที่ภายในและโดยรอบมหาวิทยาลัยเพื่อนำไปสู่การจัดการเชิงกายภาพ 3) การอบรมแกนนำนักศึกษาต้นแบบ (Role Model: R) เพื่อให้เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนพฤติกรรมความปลอดภัย และ 4) การเสริมพลังสร้างสุขภาพ (Health Empowerment: He) ให้แก่นักศึกษาและบุคลากรผ่านกลยุทธ์ที่หลากหลาย ได้แก่ การบูรณาการในการจัดการเรียนการสอน การประชาสัมพันธ์เชิงรุกผ่านเสียงตามสายและสื่อสังคมออนไลน์ของมหาวิทยาลัย ตลอดจนการรณรงค์ผ่านป้ายประชาสัมพันธ์ในพื้นที่จุดยุทธศาสตร์ต่าง ๆ เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: อุบัติเหตุทางถนน การจัดการ รูปแบบการมีส่วนร่วม ศูนย์ความปลอดภัยทางถนน

Abstract

This participatory action research aimed to develop a collaborative road safety management model for Songkhla Rajabhat University, based on the Kemmis and McTaggart action research cycle consisting of four stages: planning, acting, observing, and reflecting. The study participants and units comprised: 1) 2,473 individuals diagnosed with primary injury codes V010-V8929; 2) 21 network stakeholders; 3) 77 undergraduate students; and 4) 753 vehicles, including 391 motorcycles and 362 private cars, totaling 2,671 units. Data were collected during the first cycle from May to September 2025. Research instruments included road accident records, a Result-Based Management toolset (5 Tools), After Action Review (AAR) forms, observation logs, and risk-spot identification records. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data underwent analytic induction.

[1]อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
[2]อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา Corresponding author: Yaowalak Teanuan
E-mail: yaowalak.te@skru.ac.th
[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

The findings established the PMRHe Model, a collaborative framework consisting of four key components: 1) Participation (P): Integrating multi-sectoral cooperation through the Songkhla Rajabhat University Road Safety Center (initial phase) to strengthen strategic partnerships; 2) Management (M): Surveying and managing road accident risk spots both within and around the university to facilitate physical environment improvements; 3) Role Model (R): Developing student leaders to serve as catalysts for safety behavior changes; and 4) Health Empowerment (He): Strengthening health literacy among students and staff through diverse strategies, including curriculum integration, proactive public relations via campus radio and social media, and university-wide awareness campaigns at strategic locations to foster a sustainable road safety culture.

Keywords: Road Accident, Management, Participation Model, Road safety center

บทนำ

ความปลอดภัยบนถนนเป็นปัญหาสำคัญในระดับโลก อุบัติเหตุทางถนนทำให้มีผู้เสียชีวิต การบาดเจ็บและพิการจำนวนมากทุกปี เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 5-29 ปี เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 12 ของคนทุกวัย การเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุก่อให้เกิดผลกระทบทั้งสุขภาพ เศรษฐกิจ ทั้งค่าใช้จ่ายสูง การสูญเสียผลิตภาพ ทรัพย์สินเสียหาย ค่าใช้ทางกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม ตลอดจนค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพโดยรัฐบาล ประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางต้องเสียค่าใช้จ่าย 2-6 เปอร์เซ็นต์ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศทุกปี[1] สถานการณ์ทั่วโลกปี พ.ศ. 2566 มีผู้เสียชีวิต จำนวน 1.19 ล้านคน ลดลงร้อยละ 5 เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2553 จำนวน 1.25 ล้านคน อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนคิดเป็น 15 รายต่อประชากร 100,000 คน[2]

ประเทศไทยมีการจัดการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนแห่งชาติฉบับที่ 5 และสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนจากรายงานความปลอดภัยทางถนนระดับโลกฉบับที่ 5 พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเท่ากับ 25.4 ต่อประชากร 100,000 คน เป็นอัตราสูงที่สุดในทวีปเอเชียและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงสูง เป็นอันดับที่ 9 จากประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก 175 ประเทศ[3] สถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2565 พบว่ามีจำนวน 103,261, 99,087, 93,326, 99,855 และ 84,233 ครั้ง ตามลำดับ[4] มีผู้เสียชีวิตระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2566 เท่ากับ จำนวน 8,338, 8,648, 7,265, 6,620, 5,847 และ 14,145 ราย ตามลำดับ[4,5] และจากข้อมูลภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยใน พ.ศ. 2562 พบว่า เมื่อพิจารณาการตายจำแนกตามรายโรคเฉพาะของประชากรไทยทุกอายุในปีพ.ศ. 2562 พบว่า เพศชายมีการตายจากการบาดเจ็บทางถนน ร้อยละ 7.8 เป็นอันดับ 4 จากสาเหตุทั้งหมด และในเพศหญิง ร้อยละ 3.6 เป็นอันดับ 5 จากสาเหตุทั้งหมด[6] สะท้อนว่าการเกิดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงและเป็นปัญหา

จังหวัดสงขลาเป็นเมืองหลักของภาคใต้ตอนล่างและเป็นศูนย์กลางการคมนาคม[7] มีประชากรจำนวน 1,435,968 คน พื้นที่ขนาด 7,393 ตารางกิโลเมตร มีการใช้รถจักรยานยนต์ จำนวน 440,166 คัน รถยนต์ จำนวน 380,453 คัน สถิติที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนน มีผู้เสียชีวิตระหว่างปี พ.ศ. 2566 – พฤศจิกายน 2567 จำนวน 202 และ 200 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบการเสียชีวิตสูงในช่วงเดือน มกราคม – เมษายน 2567 มีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสม เป็นเพศชายและหญิง ร้อยละ 75.38 และ 24.62 จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม แยกตามช่วงอายุ 3 อันดับแรก คือ อายุ 36 – 60 ปี, 25 – 35 ปี และ 19 – 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.50, 18.50 และ 10.50 โดยจำนวนผู้เสียชีวิตสะสม จำแนกตามประเภทรถ พบว่าเป็นรถจักรยานยนต์ และรถยนต์ เท่ากับร้อยละ 79.00 และ 21.00 คือ ส่วนการบาดเจ็บสะสมในเดือนพฤศจิกายน 2567 มีจำนวน 12,810 ราย[5]

สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนภายในและภายนอกรอบมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาในปี พ.ศ. 2562 – 2567 พบว่า จำนวนผู้บาดเจ็บภายในมหาวิทยาลัยรวม 5 คน และภายนอกรวม 71 คน เฉลี่ยปีละ 0.83 และ 11.16 คนตามลำดับ และจำนวนผู้เสียชีวิตภายนอก 7 คน เฉลี่ยปีละ 1.16 คน[8] แสดงให้เห็นว่าความเสี่ยงภายนอกมหาวิทยาลัยสูงกว่าภายใน จากการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของนักศึกษาและบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในระดับมาก (Mean±S.D.) เท่ากับ 4.10 ±0.57, 4.43±0.47, 4.47±0.47, 4.52±0.45 ตามลำดับ ความตั้งใจในการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับปานกลาง (Mean±S.D.) เท่ากับ 3.23±0.55 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทำนายพฤติกรรมได้ร้อยละ 23.3 และ 19.2 ตามลำดับ (R^2 = 0.23 และ R^2 = 0.19, p-value < 0.01) ความตั้งใจในพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญเฉพาะกลุ่มบุคลากรเท่านั้น และเจตคติไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมในทั้งสองกลุ่ม[9] แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของคนรอบข้าง กระแสสังคมมีผลต่อการปฏิบัติ ช่องว่างระหว่างความตั้งใจและพฤติกรรม แม้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาก็ตาม ประกอบกับข้อเสนอแนะสำหรับการออกแบบมาตรการป้องกันอุบัติเหตุในสถาบันอุดมศึกษา และการสร้างวัฒนธรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยโดยอาศัยกลไกของกลุ่มเพื่อนและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน[9] ปัจจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า มาตรการบังคับใช้กฎหมายหรือการให้ความรู้แบบแนวดิ่งเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ แต่จำเป็นต้องอาศัยกลไกการมีส่วนร่วม จากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ และนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ยั่งยืนในบริบทของมหาวิทยาลัย[10] ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วม มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา เพื่อบูรณาการความร่วมมือและออกแบบมาตรการที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่จริง อันจะช่วยลดความสูญเสียทางสุขภาพและเศรษฐกิจ และยกระดับคุณภาพชีวิตของนักศึกษา บุคลากร และประชาชนโดยรอบอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วม มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อเน้นการแก้ไขปัญหาเชิงพื้นที่ผ่านการบูรณาการความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย (Pre-research Phase) เป็นการศึกษาสถานการณ์และบริบทของปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา โดยเน้นการรวบรวมข้อมูลอุบัติเหตุย้อนหลัง ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลจุดเสี่ยงทางกายภาพ และการวิเคราะห์ทุนทางสังคมของภาคีเครือข่าย เพื่อนำมาใช้เป็นฐานข้อมูลเบื้องต้นในการออกแบบกิจกรรม

2. ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) ผู้วิจัยดำเนินการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart[11] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก (PAOR) ดังนี้

2.1 การวางแผน (Planning: P) ร่วมกับภาคีเครือข่ายวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางการจัดการอุบัติเหตุภายใต้รูปแบบ PMRHe

2.2 การปฏิบัติ (Acting: A) ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ เช่น การจัดการจุดเสี่ยง การสร้างแกนนำนักศึกษา และการรณรงค์สร้างสุขภาพ

2.3 การสังเกตการณ์ (Observing: O) เก็บข้อมูลเชิงประจักษ์ในระหว่างการดำเนินงาน ทั้งเชิง

ปริมาณและเชิงคุณภาพโดยใช้เครื่องมือที่กำหนดไว้ ได้แก่ แบบบันทึกการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เครื่องมือ 5 ชิ้น แบบประเมินผลหลังการปฏิบัติการ แบบบันทึกการสังเกตการณ์ และแบบบันทึกจุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ

2.4 การสะท้อนผล (Reflecting: R) นำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อประเมินความสำเร็จ ข้อจำกัด และสิ่งที่ต้องปรับปรุง

3. ระยะติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation Phase) เป็นการสรุปผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนารูปแบบในภาพรวม พร้อมทั้งสังเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ขยายผลหรือปรับใช้ซ้ำ ในวงจรที่ 2 เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการจัดการความปลอดภัยทางถนนของมหาวิทยาลัยต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประกอบด้วย 1) ผู้ที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนในตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ตั้งแต่ปีเดือนมกราคม 2562 - ธันวาคม 2567 ทั้งหมด ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก เป็น V010-V8929 จากข้อมูลทุติยภูมิฐานข้อมูลโรงพยาบาลสงขลา จำนวน 2,473 คน[12] 2) ภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย ผู้บริหารมหาวิทยาลัย บุคลากร นายกองค์การนักศึกษา นายกสโมสรนักศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ ตัวแทนศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนอำเภอและจังหวัด ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมืองสงขลา และจังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน 3) นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา วิทยาเขตสงขลา ภาคปกติ จำนวน 11,465 คน[13] และ 4) ยานพาหนะสัญจรทางถนนภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา แบ่งเป็นรถจักรยานยนต์ จำนวน 17,102 คัน รถยนต์ส่วนบุคคล จำนวน 3,760 คัน[14]

2. กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 2,671 คน ได้แก่ 1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลักเป็น V010-V8929 เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา จำนวน 2,473 คน 2) ภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย กำหนดตัวแทนด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์คัดเข้า คือ (1) เป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบนถนนทั้งภายในและบริเวณโดยรอบมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา (2) มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารได้เข้าใจ (3) ไม่เป็นโรคหรือความผิดปกติทางด้านจิตใจ (4) เป็นผู้ที่สมัครใจ ยินยอมให้ข้อมูล และข้อคิดเห็น จำนวน 21 คน 3) นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา วิทยาเขตสงขลา ภาคปกติ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้การประมาณค่าเฉลี่ยประชากร จำนวน 77 คน[15] ร่วมกับการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และ 4) ยานพาหนะสัญจรทางถนนภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา คำนวณขนาดตัวอย่าง (Taro Yamane)[16] แบ่งเป็นรถจักรยานยนต์ จำนวน 391 คัน และรถยนต์ส่วนบุคคล จำนวน 362 คัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาและประยุกต์ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยในทุกระยะ โดยแบ่งเป็น 5 ส่วนหลัก ดังนี้

1. แบบบันทึกการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ ของตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562–2567 เพื่อวิเคราะห์ขนาดของปัญหาและแนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุในระยะเตรียมการวิจัย

2. ชุดเครื่องมือบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนมุ่งเน้นผลลัพธ์ (เครื่องมือ 5 ชิ้น) ที่พัฒนาโดยศูนย์วิชาการความปลอดภัยทางถนน[17] ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น เพื่อขับเคลื่อนกระบวนการวิจัยมุ่งเป้าผลลัพธ์แทนการทำงานแบบกิจกรรม โดยประกอบด้วย 5 เครื่องมือย่อย ดังนี้

2.1 สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ เพื่อประมวลและวิเคราะห์ภาพรวมของปัจจัยทางสังคมและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่ออุบัติเหตุในพื้นที่

2.2 แผนภูมิต้นไม้ปัญหา เพื่อวิเคราะห์รากเหง้า และความเชื่อมโยงของสาเหตุอุบัติเหตุทางถนนอย่างเป็นระบบ

2.3 บันไดผลลัพธ์ เพื่อกำหนดเป้าหมายรายทางและตัวชี้วัดความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความปลอดภัย

2.4 การวิเคราะห์แรงเสริมแรงต้าน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการขับเคลื่อนงานจัดการอุบัติเหตุภายใต้บริบทของมหาวิทยาลัย

2.5 การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์ เพื่อนำข้อมูลจากการปฏิบัติจริงมาสะท้อนกลับให้ภาคีเครือข่ายใช้ปรับปรุงแผนงานในวงจรต่อไป

3. แบบประเมินผลหลังการปฏิบัติการ (After Action Review: AAR) ใช้สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปบทเรียนภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม เพื่อประเมินส่วนต่างระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับผลที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละกิจกรรม

4. แบบบันทึกการสังเกตการณ์ แบ่งการจัดเก็บข้อมูลออกเป็น 2 มิติ คือ

4.1 มิติกระบวนการ สังเกตบริบทสถานการณ์จริงและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระหว่างดำเนินกิจกรรม

4.2 มิติพฤติกรรมความปลอดภัย สังเกตพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย การคาดเข็มขัดนิรภัย และลักษณะการขับขี่ยานพาหนะภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

5. แบบบันทึกจุดเสี่ยง ใช้บันทึกข้อมูลด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมเสี่ยงในจุดอันตราย เพื่อนำไปสู่การจัดการแก้ไขเชิงวิศวกรรมจราจรและการสื่อสารความเสี่ยง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและความเชื่อถือได้ของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความครอบคลุมของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยเครื่องมือที่สร้างขึ้นผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และดำเนินการตรวจสอบข้อมูลหลังการเก็บข้อมูลทุกครั้งด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ทั้งด้านแหล่งบุคคล วิธีการ และช่วงเวลา เพื่อให้ข้อมูลในระยะดำเนินการวิจัยและระยะติดตามประเมินผลมีความน่าเชื่อถือและเป็นไปตามหลักวิชาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาการศึกษาช่วงเดือนพฤษภาคม - กันยายน 2568 ได้แก่

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา เพื่อขออนุญาตทำวิจัยเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยจัดเตรียมทีมงานผู้ช่วยนักวิจัย ช่วยในการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับทีมผู้ช่วยนักวิจัยทราบ เพื่อทำความเข้าใจในการเก็บข้อมูลให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน พร้อมพูดคุย ซักถามในประเด็นที่ผู้ช่วยนักวิจัยสงสัย ติดต่อประสานงานกับภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตการวิจัย ขั้นตอนการศึกษาวิจัย ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขออนุญาตศึกษา รวบรวมข้อมูล และทำหนังสือเชิญอย่างเป็นทางการเพื่อนัดประชุมวางแผน เตรียมงานกับผู้นำชุมชนและตัวแทนทุกภาคส่วน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน

3. ดำเนินการในระยะที่ 1 ระยะเตรียมการวิจัย ศึกษาสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ดำเนินการในระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย ตามขั้นตอนวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[11] และดำเนินการในระยะที่ 3 ระยะติดตามและประเมินผล เป็นการศึกษาเพื่อประเมินผลและสะท้อนผลลัพธ์การดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกการสังเกตการณ์ การสนทนากลุ่มในเวทีภาคีเครือข่ายและการสรุปบทเรียน (AAR) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงอุปนัย ซึ่งมีขั้นตอนเริ่มจากการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล การจำแนกหมวดหมู่ข้อมูลตามประเด็นที่ศึกษา การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลและการสรุปความหมายเพื่อสร้างข้อสรุปในบริบทของการพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกสถิติอุบัติเหตุ แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมความปลอดภัย และแบบประเมินผลหลังการปฏิบัติงาน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละ สำหรับอธิบายข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุและพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย/เข็มขัดนิรภัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์ระดับความคิดเห็น หรือคะแนนประเมินผลลัพธ์ในด้านต่าง ๆ ของรูปแบบการจัดการอุบัติเหตุ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา เลขที่ COE No. 003/2568 ลงวันที่ 22 มกราคม 2568 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสงขลา เลขที่ SKH IRB 2025-Edu-03-1059 ลงวันที่ 6 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ระยะเตรียมการวิจัย วิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน พบว่า จากการรวบรวมข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ระหว่างปี พ.ศ. 2562–2567 พบเหตุการณ์ทั้งหมด 2,473 ครั้ง มีรายละเอียดดังนี้

1.1 การกระจายตามลักษณะของคน (Person) พบว่า ผู้ประสบอุบัติเหตุเพศชายและหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 50.63 และ 49.37 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 34.21±19.80 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 34.21 ± 19.80 ปี กลุ่มอายุที่พบความถี่สูงสุดคือกลุ่มเยาวชนและวัยทำงานตอนต้น ได้แก่ ช่วงอายุ 10-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.27 และ 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.91

1.2 อัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลาในภาพรวม ปี พ.ศ. 2562 – 2567 ท่ากับ 3.89, 9.22, 6.82, 10.76, 14.94 และ 11.92 ต่อ 1,000 ประชากร ตามลำดับ

1.3 การกระจายตามลักษณะของเวลา (Time) จำแนกเป็น 1) ความถี่ในการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พบว่า มีการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุดในปี พ.ศ.2566 ปี พ.ศ. 2567 และปี พ.ศ. 2565 คิดเป็นร้อยละ 26.04, 20.74, 18.72 ตามลำดับ ส่วนปีที่เกิดอุบัติเหตุน้อยที่สุดคือ ปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 6.63 และ 2) วันที่เกิดอุบัติเหตุทางถนน พบว่าใกล้เคียงกันทั้ง 7 วัน โดยส่วนใหญ่เป็นวันเสาร์ ร้อยละ 15.00 และวันอาทิตย์เกิดน้อยที่สุด ร้อยละ 13.34 ด้านเดือนที่พบการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เดือนกันยายน เป็นเดือนที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุด และเดือนพฤษภาคมเกิดอุบัติเหตุน้อยที่สุด เท่ากับร้อยละ 9.83 และ 6.51 ตามลำดับ

2. ระยะดำเนินการวิจัย ตามกระบวนการ PAOR ดังนี้

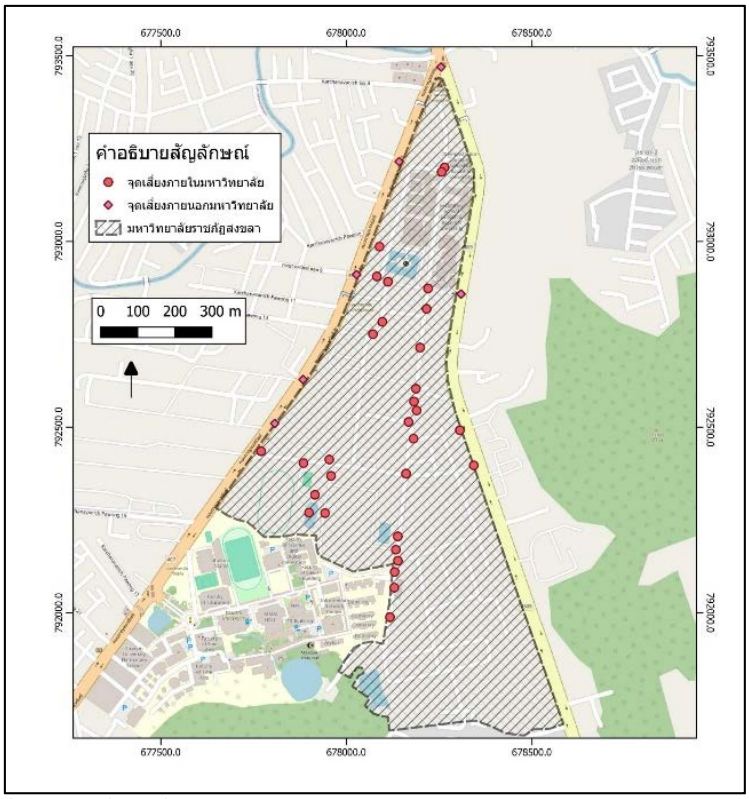
2.1 การวางแผน (Plan: P) ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อค้นหาปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของนักศึกษาและบุคลากร ภายในและบริเวณโดยรอบมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ด้วยการระดมความคิดเห็นร่วมกับการนำข้อมูลสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนนภายในและภายนอกมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ปี พ.ศ.2562 – 2567 มาใช้บูรณาการ โดยกำหนดคณะทำงานเพื่อจัดการอุบัติเหตุทางถนน ทั้งนี้พบว่านอกจากหน่วยงานผู้รับผิดชอบงานภายในและภายนอกที่ดำเนินการโดยตรงอยู่แล้วนั้น มหาวิทยาลัยมีคณะกรรมการดำเนินการเป็นการ

เฉพาะ ซึ่งอยู่ในระยะเริ่มแรก ดังนั้นจึงมีการบูรณาการคณะทำงานเพื่อดำเนินการร่วมกัน

2.2 การปฏิบัติตามแผน (Act: A)

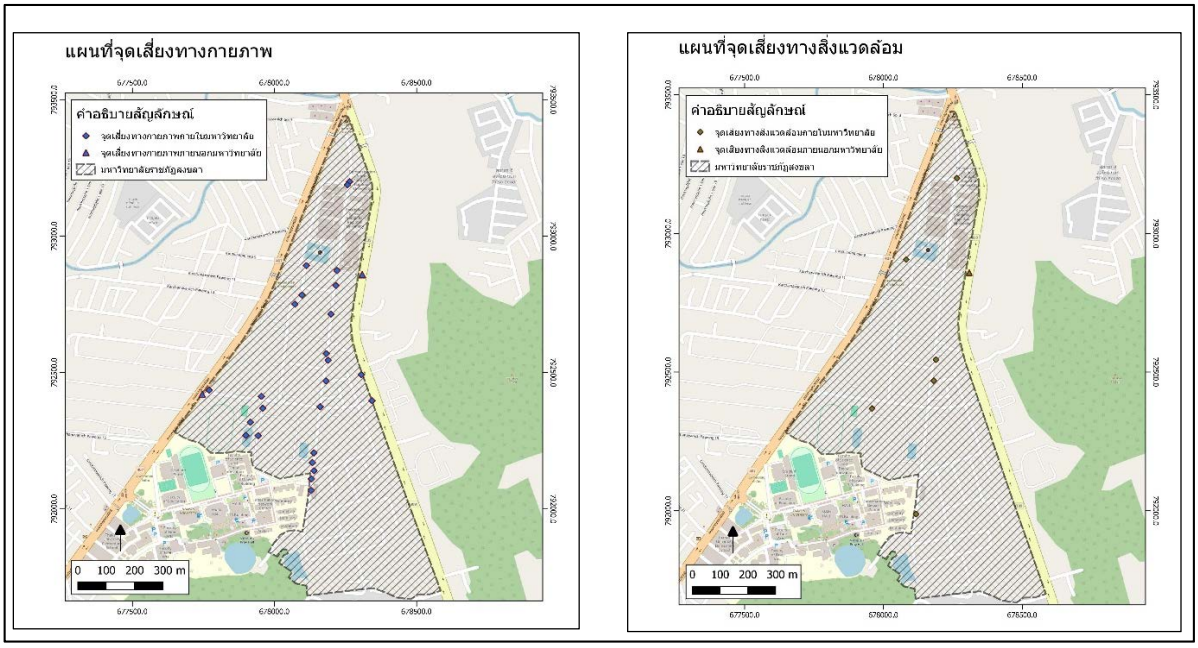
2.2.1 การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา (ระยะก่อการ) ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีบทบาทหน้าที่ คือ ขับเคลื่อนโครงการมาตรการองค์กร เพื่อความปลอดภัยทางถนนภายในและบริเวณโดยรอบมหาวิทยาลัย และติดตามและรายงานผลการดำเนินงานต่อมหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.2.2 การสำรวจการเกิดอุบัติเหตุทางถนนภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย พบจุดเสี่ยงทั้งหมด 37 จุด เป็นการกระจายแบบเกาะกลุ่ม ดังภาพที่ 1

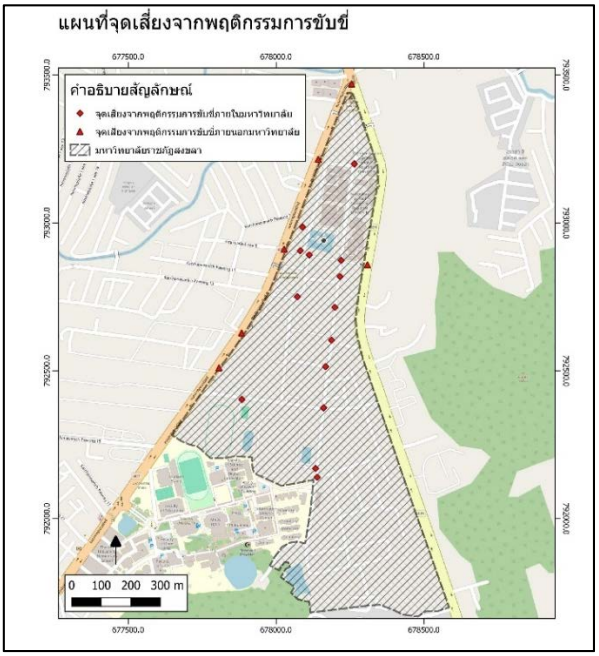


ภาพที่ 1 แผนที่จุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุทางถนนภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย

ภายในมหาวิทยาลัยพบจุดเสี่ยงทั้งหมด 31 จุด แบ่งตามบริบทที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุ 3 ด้าน คือ 1) ด้านกายภาพ ได้แก่ จุดเสี่ยงที่มีลักษณะเป็นทางแยก จำนวน 3 จุด สภาพผิวทาง/สภาพพื้นผิวถนน เช่น ถนนเป็นหลุม ถนนทรุด ลูกระนาดชำรุด จำนวน 12 จุด บริเวณข้ามถนนใกล้กับประตูไม่มี จำนวน 2 จุด และการจอดรถไม่เหมาะสม จำนวน 4 จุด 2) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แสงสว่างไม่เพียงพอ จำนวน 2 จุด ป้ายสัญญาณไฟจราจรไม่ชัดเจน หรือชำรุด จำนวน 3 จุด และ สภาพอากาศ จำนวน 1 จุด และ 3) ด้านพฤติกรรมการขับขี่/การใช้ถนน ได้แก่ ขับรถเร็วเกินกำหนด จำนวน 2 จุด ขับรถโดยประมาท จำนวน 9 จุด นักศึกษาเดินเต็มถนน จำนวน 7 จุด ซึ่งมีสถิติการเกิดอุบัติเหตุในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 1 ครั้ง และการขับรถวนผิดฝั่ง จำนวน 1 จุด ส่วนภายนอกมหาวิทยาลัยมีจุดเสี่ยงทั้งหมด 6 จุด บริบทที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุ 3 ด้าน คือ 1) ด้านกายภาพ พบจุดเสี่ยงมีลักษณะเป็นทางแยก เป็นมุมอับ การจอดรถไม่เหมาะสม ไม่มีเลนขับชัดเจน และเป็นทางลงเนินเขาอย่างละ 1 จุด 2) ด้านสิ่งแวดล้อม ป้ายสัญญาณไฟจราจรไม่ชัดเจน หรือชำรุด จำนวน 1 จุด และ 3) ด้านพฤติกรรมการขับขี่/การใช้ถนน ได้แก่ ขับรถโดยประมาท จำนวน 4 จุด ฝ่าไฟแดง และการขับย้อนศร อย่างละ 1 จุด ดังภาพที่ 2 – 3



ภาพที่ 2 แผนที่จุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุทางถนนภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย ตามบริบทที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุด้านกายภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม



ภาพที่ 3 แผนที่จุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุทางถนนภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย ตามบริบทที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุด้านพฤติกรรมการขับขี่/การใช้ถนน

2.2.3 การอบรมแกนนำนักศึกษาแต่ละคณะ จำนวน 77 คน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดำเนินกิจกรรมให้มีความต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ และเลือกปัญหาที่ต้องทำการแก้ไขเร่งด่วนมาวิเคราะห์สาเหตุผ่านกระบวนการเครื่องมือ 5 ชิ้น[17] พบว่า ปัญหาการไม่สวมหมวกนิรภัยเป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไข รวมไปถึงการจัดเก็บหมวกนิรภัย และพฤติกรรมการใช้ถนนของนักศึกษา เช่น นักศึกษาเดินเป็นกลุ่มใหญ่ทำให้รถต้องหยุดกะทันหัน

2.2.4 การเสริมพลังสร้างสุขภาพ (Health Empowerment) ให้กับนักศึกษา และบุคลากรที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ มีความรู้เท่าทันในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ผ่านสื่อต่าง ๆ ได้แก่ 1) การสอดแทรกในการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียน 2) การประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย เพจ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา การติดป้ายประชาสัมพันธ์ รณรงค์ ตามบริเวณต่าง ๆ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์หน้าโรงอาหาร

2.3 การสังเกต และตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ (Observe: O) ดำเนินการติดตามและประเมินผลรายกิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรม ดังนี้

2.3.1 คณะกรรมการดำเนินงานศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา (ระยะก่อการ ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรม ให้มีความต่อเนื่อง เป็นระบบ โดยมีการทำงานควบคู่ไปกับงานพัฒนานักศึกษา ทั้งนี้กำหนดให้มีการจัดเก็บข้อมูลแต่ละกิจกรรมที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่กำหนด และร่วมกันสรุปทบทวนการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม ผ่านกระบวนการ After Action Review (AAR) เพื่อทราบปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการ

2.3.2 การตรวจสอบผลจากการปฏิบัติการอบรมแกนนำนักศึกษา และการเสริมพลังสร้างสุขภาพ (Health Empowerment) ผ่านสื่อต่าง ๆ โดยประเมินพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยและการคาดเข็มขัดนิรภัยในผู้ใช้ยานพาหนะสัญจรทางถนนภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พบว่า ลักษณะการขับขี่ ขับขี่คนเดียวและขับขี่ 2 คน ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 50.13 และ 43.97 ตามลำดับ การสวมหมวกนิรภัยเฉพาะผู้ขับขี่ ร้อยละ 82.10 ส่วนการคาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 67.41

2.4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect: R) ดำเนินการคืนข้อมูลแก่หน่วยงาน ผ่านการเข้าร่วมประชุมเพื่อนำเสนอผลการดำเนินงาน และถอดบทเรียน วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงานเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาในวงรอบถัดไป

3. ระยะติดตามและประเมินผล จากการวิจัยในวงจรแรก ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายสามารถสร้างรากฐานโครงสร้าง ของการจัดการความปลอดภัยได้สำเร็จ ทั้งในด้านกลไกคณะกรรมการและฐานข้อมูลจุดเสี่ยง อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยชี้ให้เห็นความจำเป็นในการดำเนินงานต่อเนื่องในวงจรที่ 2 เพื่อมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปรับปรุงทางวิศวกรรมจราจรในจุดเสี่ยงที่ตรวจพบ เพื่อบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บอย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

จากการพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วม มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ในวงจรที่ 1 สามารถสรุปและอภิปรายผลตามประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดอุบัติเหตุในตำบลเขารูปช้างมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นไปในทิศทางเดียวกับพื้นที่ในภูมิภาคต่าง ๆ[18] ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยที่ระบุว่าอุบัติเหตุยังคงเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บและเสียชีวิตในระดับประเทศ[4,6] โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและวัยทำงานซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ[19,20] การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานในระยะแรกนี้ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญยิ่งตามหลักระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยสามารถระบุขนาดของปัญหาและพยากรณ์แนวโน้มความเสี่ยงในอนาคตได้อย่างแม่นยำ[21] ข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่การวางแผนยุทธศาสตร์ที่ตอบสนองต่อบริบทพื้นที่จริง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืน[22]

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วม (PMRHe Model) พบว่ารูปแบบ PMRHe ที่พัฒนาขึ้นสะท้อนถึงนวัตกรรมเชิงกระบวนการในการจัดการความปลอดภัยทางถนน ดังนี้

2.1 การบูรณาการความร่วมมือจากภาคเครือข่าย (P=Participation) รูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วม (PMRHe Model)

ให้ความสำคัญกับการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา (ระยะก่อการ) ซึ่งถือเป็นการประยุกต์ใช้กลไกการบริหารจัดการเชิงโครงสร้าง เพื่อเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงานภายในมหาวิทยาลัยและภาคีเครือข่ายภายนอก ได้แก่ หน่วยงานด้านสาธารณสุข ตำรวจจราจร ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอและจังหวัด ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยผู้วิจัยได้บูรณาการแนวทางการดำเนินงานตามโครงสร้างของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ระดับท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อส่งเสริมให้เกิดกลไกการทำงานที่มีเอกภาพและต่อเนื่องในระดับพื้นที่[23] สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของพหุภาคีเครือข่าย จังหวัดลำพูน ที่พบว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของทีมเครือข่ายทั้งจากภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน เป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรม[20] เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฐิติมา แสนโชติ[24] ที่ระบุว่าการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนต้องอาศัยการปลุกระดมความร่วมมือและการสร้างจิตสำนึกผ่านธรรมนูญชุมชน อย่างไรก็ตาม แม้ในระยะเริ่มต้นนี้จะมีการบูรณาการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน แต่กระบวนการหลักยังคงเป็นการขับเคลื่อนโดยผู้วิจัยเป็นสำคัญ ดังนั้น เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระยะยาว มหาวิทยาลัยควรใช้กลยุทธ์เชิงรุกในการเสริมสร้างพลังการจัดการโดยพื้นที่เอง โดยเฉพาะการส่งเสริมให้นักศึกษาเข้ามามีบทบาทนำและมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.2 การบริหารจัดการและสำรวจจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (M=Management) พบว่าจากการสำรวจพื้นที่ทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พบจุดเสี่ยงรวมทั้งสิ้น 37 จุด ซึ่งสามารถจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงได้เป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านกายภาพ พบอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ บริเวณทางแยก มุมอับสายตา สภาพผิวจราจรที่ชำรุดหรือทรุดตัว การขาดทางข้ามถนนที่เหมาะสม การจอดรถในที่ห้ามจอด การขาดเส้นแบ่งช่องจราจรที่ชัดเจน และเส้นทางที่เป็นทางลงเนินเขา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของเสกสรร สุวรรณแพง และคณะ[25] ที่ระบุว่าอุบัติเหตุส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นบริเวณจุดตัดระหว่างซอยกับถนนสายหลัก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang D. et al.[26] ซึ่งพบว่าพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุมักสัมพันธ์กับลักษณะถนนที่ไม่ได้ลาดยาง (21%, p = 0.05) และถนนที่มีความแคบ (21%, p = 0.05) 2) ด้านสิ่งแวดล้อม พบปัญหาด้านระบบไฟฟ้าแสงสว่างที่ไม่เพียงพอ ป้ายสัญญาณจราจรชำรุดหรือไม่ชัดเจน รวมถึงปัจจัยด้านสภาพอากาศ ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินความปลอดภัยบนเส้นทางท่องเที่ยว[27] ที่พบว่าจุดที่เคยเกิดเหตุและจุดเสี่ยงมีลักษณะความบกพร่องที่คล้ายคลึงกัน เช่น ป้ายจราจรถูกบดบังหมุดสะท้อนแสงเสื่อมสภาพ และอุปกรณ์อำนวยความปลอดภัยข้างทางไม่สมบูรณ์ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย และ 3) ด้านพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนน พบพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การขับรถเร็วเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด ความประมาท การใช้ช่องจราจรไม่เหมาะสม และการขับรถย้อนศรหรือวนผิดทิศทาง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ และคณะ[28] ที่พบว่าสาเหตุหลักของอุบัติเหตุเชื่อมโยงกับพฤติกรรมผู้ขับขี่ ซึ่งต้องแก้ไขควบคู่ไปกับงานวิศวกรรมจราจร นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอัศวลักษ์ ราชพลสิทธิ์ และคณะ[29] ที่ระบุถึงปัญหาการไม่สวมหมวกนิรภัย การขับขี่รถจักรยานย้อนศร และการไม่เปิดไฟเลี้ยว ซึ่งการระบุจุดเสี่ยงในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามหลักการวิเคราะห์จุดเสี่ยงอันตรายที่ครอบคลุมทั้งข้อมูลสถิติอุบัติเหตุและลักษณะทางกายภาพของถนน[30] โดยข้อมูลสถิติมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาระหว่างปี พ.ศ. 2562 - 2567 พบผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตเฉลี่ยสูงถึงปีละ 11.83 และ 1.16 คน ตามลำดับ[8] อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในวงจรที่ 1 นี้ มุ่งเน้นไปที่การสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลจุดเสี่ยง

เชิงลึก เพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้า สำหรับการวางแผนและออกแบบเชิงนโยบายเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมทางถนนที่ปลอดภัยในระยะต่อไป

2.3 การอบรมแกนนำนักศึกษาต้นแบบ (R = Role Model) ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแกนนำนักศึกษาต้นแบบผ่านกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ด้วยชุดเครื่องมือ 5 ชิ้น ของ ศปถ. ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า การไม่สวมหมวกนิรภัย เป็นประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ คมชาญ ไชโยแสง และคณะ[31] ที่ศึกษาพฤติกรรมการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างปีงบประมาณ 2559-2564 ซึ่งพบสัดส่วนการไม่สวมหมวกนิรภัยในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 88.57, 93.02, 81.43, 74.10, 81.91 และ 89.01 ตามลำดับ นอกจากนี้ การวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา ยังเผยให้เห็นว่าอุปสรรคในการจัดเก็บหมวกนิรภัย เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้งาน ซึ่งสอดคล้องกับบทเรียนการส่งเสริมและบังคับใช้กฎหมายหมวกนิรภัย 100% ของ ศวปถ.[32] ที่ระบุว่าปัญหาเรื่องการไม่มีพื้นที่จัดเก็บที่เหมาะสม ความลำบากในการพกพา และความกังวลเรื่องการสูญหาย คิดเป็นร้อยละ 10 เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ขับขี่ตัดสินใจไม่สวมหมวกนิรภัย

2.4 การเสริมพลังสร้างสุขภาพ (He = Health Empowerment) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเสริมพลังสร้างสุขภาพให้แก่กลุ่มนักศึกษาและบุคลากรผ่านกลยุทธ์ที่หลากหลาย เช่น การบูรณาการองค์ความรู้เข้ากับการจัดการเรียนการสอน การประชาสัมพันธ์เชิงรุกผ่านระบบเสียงตามสายและสื่อสังคมออนไลน์ รวมถึงการติดตั้งสื่อรณรงค์ในจุดยุทธศาสตร์ต่าง ๆ ทั่วทั้งมหาวิทยาลัย ซึ่งกระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการให้สุขศึกษาอันเป็นกลไกสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างวิถีปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน[33]

รูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วม (PMRHe Model) ที่พัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับแนวคิดการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงตามกรอบ Haddon's Matrix[34] โดยครอบคลุมการจัดการปัจจัยด้านบุคคล (Human) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งมุ่งเน้นทั้งการลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุในระยะก่อนชน (Pre-crash) และการลดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในระยะระหว่างชน (In-crash) ผ่านกระบวนการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย การสำรวจและจัดการจุดเสี่ยงเชิงรุก การพัฒนาแกนนำนักศึกษาต้นแบบ และการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพ นอกจากนี้ รูปแบบดังกล่าวยังสอดรับกับแนวทางการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบการขนส่งที่ปลอดภัยและยั่งยืน (Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2021–2030) ขององค์การอนามัยโลก[35] ในมิติด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน โครงสร้างพื้นฐานทางถนนและการเดินทางที่ปลอดภัย รวมถึงการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ถนนอย่างปลอดภัย ซึ่งภายหลังการดำเนินงานพัฒนารูปแบบในวงจรแรก ผู้วิจัยได้ประเมินพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยและการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ใช้ยานพาหนะภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พบว่า สัดส่วนของลักษณะการขับขี่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 50.13 และการขับขี่โดยมีผู้โดยสาร คิดเป็นร้อยละ 43.97 มีค่าใกล้เคียงกัน โดยมีอัตราการสวมหมวกนิรภัยเฉพาะผู้ขับขี่ร้อยละ 82.10 และการคาดเข็มขัดนิรภัยร้อยละ 67.41 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งมีอัตราสูงถึงร้อยละ 94.25[36] และข้อมูลสถานการณ์ภายในมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาช่วงเดือนกันยายน – ตุลาคม 2567 ที่พบอัตราการสวมหมวกนิรภัยร้อยละ 96.52[14] สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการสวมหมวกนิรภัยที่ลดลงในระยะปัจจุบัน ข้อสังเกตเชิงพฤติกรรมบ่งชี้ว่า ผู้ขับขี่อาจมีพฤติกรรม การเลือกปฏิบัติเฉพาะจุด โดยสวมใส่เฉพาะบริเวณทางเข้ามหาวิทยาลัยที่มีการกวดขันตามมาตรการองค์กรอย่างเข้มงวด อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบข้อมูล

ข้ามปีเป็นเพียงการพิจารณาแนวโน้มในภาพรวม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชากรต่างกลุ่มกันอาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการตีความได้ อนึ่ง การพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุในวงจรที่ 1 นี้ถือเป็นการวางรากฐานเชิงระบบเบื้องต้น ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการขับเคลื่อนที่ต่อเนื่องในวงจรต่อๆ ไป เพื่อให้สามารถประเมินผลสัมฤทธิ์ได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลไปใช้ จากการพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วมในระยะแรก พบว่าการสร้างความยั่งยืนจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้ผลการศึกษาดังนี้

1.1 ด้านการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ควรมีการบรรจุรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนไว้ในแผนยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัย เพื่อให้เกิดการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรอย่างเป็นระบบ

1.2 ด้านการสื่อสารทางระบาดวิทยา โดยนำข้อมูลสถิติอุบัติเหตุและจุดเสี่ยงที่ค้นพบมาสร้างการมีส่วนร่วมเชิงประจักษ์ เพื่อกระตุ้นความตระหนักและสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย ให้เกิดขึ้นทั้งในกลุ่มนักศึกษาและบุคลากรผ่านการปฏิบัติจริง

1.3 ด้านมาตรการองค์กร ควรกำหนดมาตรการบังคับใช้การสวมหมวกนิรภัย 100% อย่างเข้มงวด ควบคู่ไปกับการอำนวยความสะดวก เช่น การออกแบบพื้นที่จัดเก็บหมวกนิรภัยที่ปลอดภัยเพื่อลดอุปสรรค์ในการปฏิบัติตามกฎ

1.4 ด้านการใช้นวัตกรรมและวิศวกรรมจราจร ควรนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการกำกับดูแล เช่น ระบบตรวจจับความเร็วอัตโนมัติหรือระบบตรวจสอบการสวมหมวกนิรภัย รวมถึงเร่งปรับปรุงสภาพกายภาพของจุดเสี่ยงอันตราย (Black Spot) ทั้งภายในและพื้นที่โดยรอบมหาวิทยาลัยตามลำดับความสำคัญ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในวงจรที่ 2 และ 3 เพื่อติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว และประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ใช้รถใช้ถนนที่เป็นดัชนีชี้วัดเชิงปริมาณที่ชัดเจนและครอบคลุมยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายข้อมูลข่าวสารด้านอุบัติเหตุระดับอำเภอ เพื่อบูรณาการชุดข้อมูลจากหลายหน่วยงานให้เป็นฐานข้อมูลเดียวที่มีความถูกต้อง ครอบคลุม และทันสมัยสำหรับการใช้ประโยชน์ทางระบาดวิทยาเชิงพื้นที่

2.3 ควรมีการศึกษาในมิติความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข รวมถึงการวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคม ค่าเสียโอกาส และการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บและครอบครัว เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายในระดับที่สูงขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ภายใต้โครงการพัฒนาเครือข่ายสถาบันการศึกษาวิชาชีพสาธารณสุขเพื่อการจัดการอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน และขอขอบคุณผู้บริหารภาคีเครือข่าย นักศึกษา และผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่านจนการเก็บรวบรวมข้อมูลสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Global Road Safety Facility.(2024). Global Road Safety Facility Annual Report 2024. Washington D.C.: Global Road Safety Facility, World Bank.
2. World Health Organization.(2023). Global status report on road safety 2023. Geneva: The Institute.
3. World Health Organization.(2024). Road safety [Internet]. 2024. [cited 2024 July 29]. Available: https://www.who.int/thailand/our-work/road-safety.

4. หน่วยเฝ้าระวังและสะท้อนสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน.(2567). สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในภาพรวม. [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [สืบค้นเมื่อ 29 ก.ค. 67]. เข้าถึงจาก: https://trso.thairoads.org/statistic/national/N-SPI-A/N-SPI-A1/N-SPI-A1-01.
5. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน.(2567). จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสะสมจากอุบัติเหตุทางถนน. [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [สืบค้นเมื่อ 29 ก.ค. 67]. เข้าถึงจาก: https://www.thairsc.com.
6. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.(2566). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2562. นนทบุรี: แฮนดี เพรส จำกัด.
7. สำนักงานจังหวัดสงขลาศาลากลางจังหวัดสงขลา.(2561). ข้อมูลจังหวัดสงขลา 2561. สงขลา: ศาลากลางจังหวัดสงขลา.
8. งานจราจร สถานีตำรวจภูธรเมืองสงขลา.(2568). ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ ปี 2562 - 2567. สงขลา: สถานีตำรวจภูธรเมืองสงขลา.
9. เยาวลักษณ์ เตี้ยนวน และภัชชนก รัตนกรปรีดา.(2569). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของนักศึกษาและบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข 2569; 1: e276298.
10. จีระศักดิ์ ทัพผา, นฤนาท ยืนยง และปณิธาน กระสังข์.(2564). แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยปทุมธานี 2564; : 86 - 96.
11. Kemmis & Mc Taggart.(2023). The Action Research Planner. 3nd Edition. Victoria: Deakin University Press; 2023.
12. กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา.(2568). ข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ตำบลเขารูปช้าง. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลา.
13. สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.(2567). รายงานจำนวนนักศึกษาคงอยู่ ประจำภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2567. [อินเตอร์เน็ต]. 2567. [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค. 67]. เข้าถึงจาก: https://l.skru.ac.th/eR9GB
14. สุวิทย์ เพ็งทิพย์นาง.(2568). ข้อมูลสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนในมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. สงขลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
15. Select Statistical Services Limited.(2024). Calculator: Population Mean – Sample Size. [Internet]. 2024. cited 2024 August 30]. Available: https://select-statistics.co.uk/calculators/sample-size-calculator-population-mean.
16. Taro Yamane. Statistics: An Introductory Analysis. 2nd Edition. New York: Harper and Row.
17. ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย.(2565). เครื่องมือ 5 ชิ้น ที่ทำให้การขับเคลื่อนกลไก ศปถ. ไปสู่ผลลัพธ์. [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 67]. เข้าถึงจาก: https://l.skru.ac.th/tnjoQ.
18. บังอร แซ่อั้ง, ธวัชชัย คำป้อง และแววตา สุริยันต์.(2567). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567; 5: 100 - 108.
19. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน.(2569). สถิติข้อมูลผู้เสียชีวิตสะสม ประเทศไทย ปี 2569. [อินเตอร์เน็ต]. 2569. [สืบค้นเมื่อ 3 ม.ค. 69]. เข้าถึงจาก: https://www.thairsc.com.
20. กาญจนา เลิศวุฒิ, วันเพ็ญ โพธิยอด และชัยธรณ์ อุ่นบ้าน.(2561). การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของพหุภาคีเครือข่าย จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2561; 1: 46 - 59.
21. งานจัดการความรู้ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.(2568). การวิเคราะห์สถานการณ์. [อินเตอร์เน็ต]. 2568. [สืบค้นเมื่อ 4 ม.ค. 69]. เข้าถึงจาก: https://www2.si.mahidol.ac.th/km/knowledgeassets/kmexperience/kmarticle/26277/.
22. อมรชัย ลีลาขจรจิตร และภาณุพงศ์ ภาณุดุลกิตติ.(2558). การจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน. กรุงเทพมหานคร: อักษรไทย (น.ส.พ. ฟ้าเมืองไทย).
23. ธนะพงศ์ จินวงษ์, จินตนา มโนรถกุล, เพ็ญนภา พรสุพิกุล และศุภรดา ยาวงษ์.(2564). บรรณาธิการ. แนวทางการดำเนินงานความปลอดภัยทางถนนอย่างบูรณาการในระดับพื้นที่. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย.
24. ฐิติมา แสนโชติ.(2566). การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ตำบลหนองกุง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2566; 4: 433 – 444.
25. เสกสรร สุวรรณแพง, ธวัชชัย อิ่มพูล, สุธิดา จันทร์จรัส, ณัฏธิรา แดงพรวน, สุวิทย์ ศุภวิโรจน์เลิศ และมัณฑนา มิตรชัย.(2567). การวิเคราะห์จุดเสี่ยง อุบัติการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บรุนแรงในการเกิดอุบัติเหตุจราจรโดยใช้ระบบ

สารสนเทศภูมิศาสตร์และทะเบียนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุพื้นที่ตำบลในเมือง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี 2567; 3: 71 – 84.

26. Wang D., Krebs E., Nickenig Vissoci J.R., Andrade L., Rulisa S. and Staton C.A.(2020). Built Environment Analysis for Road Traffic Crash Hotspots in Kigali, Rwanda. Frontiers in Sustainable Cities 2020; 2: 1 – 13.
27. ดลยฤทธิ์ เสฏฐสุวจะ และบุญพล มีไชโย.(2563). การประเมินความปลอดภัยทางถนนบนเส้นทางท่องเที่ยว กรณีศึกษา: ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 12 (จังหวัดพิษณุโลก - อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์). วารสารวิชาการเทคโนโลยีอุตสาหกรรมและวิศวกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม 2563; 2: 79 – 92.
28. สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์, วิวัฒน์ ศีตมโนชญ์, ลักขณา ไทยเครือ และอรชร อัฐทวีลาภ.(2557). การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วมโดยอาศัยทรัพยากรและศักยภาพในพื้นที่ จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557; 4: 580 – 592.
29. อัศวลักษ์ ราชพลสิทธิ์, สมฤดี สงวนแก้ว, จิรัชยา เจียวก๊ก, บุญสิทธิ์ ไชยชนะ และวันชัย ธรรมสัจการ.(2568). แนวทางการจัดการจุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของชุมชน ตำบลคูหาใต้ อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2568; 3 (ฉบับพิเศษ): 309 – 322.
30. ณัฐพงศ์ บุญตอบ.(2559). การแก้ไขและปรับปรุงจุดเสี่ยง/จุดอันตราย. [อินเตอร์เน็ต]. 2559. [สืบค้นเมื่อ 1 ส.ค. 68]. เข้าถึงจาก: https://www.rswgsthai.com/file/download/Treatment%20of%20Hazardous%20Location_ThaiRoads_14072016.pdf.
31. คมชาญ ไชโยแสง, พิชิต แสนเสนา และธวัชชัย คำป้อง.(2567). การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการป้องกันการบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2567; 1: e267430.
32. ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย (มนป.).(2562). บทเรียนการส่งเสริมและบังคับใช้กฎหมายหมวกนิรภัย 100%. กรุงเทพมหานคร: กล้าก้าว อินสไปเรชั่น จำกัด.
33. พรรษ โนนจุ้ย. การให้สุขศึกษา. ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 2: 246 – 251.
34. Haddon W.(1980). The basic strategies for reducing damage from hazards of all kinds. Hazards Prevention. 1980; 16: 8-12.
35. World Health Organization.(2021). Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2021-2030 [Internet].2021. [cited 2026 January 29]. Available: https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/safety-and-mobility/decade-of-action-for-road-safety-2021-2030
36. กุลญดา เนื่องจำนงค์ และคำนึง พลานนท์.(2565). การศึกษาพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา [รายงานการวิจัย]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโกในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วย เบาหวานกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

Effects of the Otago Exercise Program on Fall Prevention among Middle-Aged Elderly Diabetic Patients in the Service Area of Kham Pom Subdistrict Health Promoting Hospital, Khemarat District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: March 3,2026 ; Revised: March 6,2026 ; Accepted: March 8,2026)

รัติยากร เจริญท้าว[1] อารี บุตรสอน[2]
Rattiyakorn Charoenthao[1] Aree Butsorn[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโกในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 40 คน รวม 80 คน กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้งเหนือ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2568 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนตัวแปรระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้มสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรม การออกกำลังกายแบบโอทาโก การหกล้ม ผู้สูงอายุตอนกลาง

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of the Otago Exercise Program on fall prevention among young-old adults with diabetes in the service area of Khampom Subdistrict Health Promoting Hospital, Khemmarat District, Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 80 participants, divided equally into two groups of 40. The experimental group included older adults with diabetes receiving care at Khampom Subdistrict Health Promoting Hospital, while the comparison group comprised older adults with diabetes from Kaeng Nuea Subdistrict Health Promoting Hospital in the same district. The experimental group received a researcher-developed Otago Exercise Program for 12 weeks, whereas the comparison group received routine care.

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] อาจารย์ประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
Corresponding author: E-mail: aree.b@ubu.ac.th

Data were collected using questionnaires administered twice, before and after the intervention, between July 1, 2025, and September 30, 2025. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, median, and the 25th and 75th percentiles, were used to describe the data. Paired t-tests were conducted to compare mean differences within groups, and independent t-tests were used to compare mean differences between groups before and after the intervention. Statistical significance was set at 0.05.

The findings revealed that after the intervention, both the experimental and comparison groups showed significantly higher mean scores in knowledge of fall prevention, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, self-efficacy in fall prevention, and fall prevention behaviors compared to baseline. Moreover, the experimental group demonstrated significantly greater improvements in all outcome variables than the comparison group at the 0.05 level.

Keywords: Program, Otago Exercise Program, Falls, Young-Old Adults

บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การสหประชาชาติระบุว่า ประเทศใดที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไปไม่น้อยกว่าร้อยละ 7 ถือว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์เมื่อมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปไม่น้อยกว่าร้อยละ 20[1] สำหรับประเทศไทย สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2563 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด สะท้อนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพในระยะยาว[2] ดังนั้น ประเทศไทยจึงอยู่ในภาวะสังคมผู้สูงอายุ และกำลังมุ่งสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในอนาคตอันใกล้

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายและจิตใจจะเกิดความเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่อง ด้านจิตใจพบว่าการทำหน้าที่ด้านการคิดรู้ (cognitive function) ลดลง โดยเฉพาะความเร็วในการประมวลผล ความจำ และความสามารถในการบริหารจัดการของสมอง (executive function) ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างระบบประสาท และอาจกระทบต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ ด้านร่างกายพบการเปลี่ยนแปลงของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความยืดหยุ่นลดลง การทรงตัวและความคล่องแคล่วลดลง ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม ภาวะหกล้มเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจะหกล้มอย่างน้อยปีละครั้ง และการหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บ การเข้ารักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ[2] สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมโรครายงานว่าการพลัดตกหกล้มเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บในผู้สูงอายุ และมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงทั้งภายใน เช่น อายุที่มากขึ้น ความบกพร่องด้านการมองเห็น การทรงตัว และโรคเรื้อรัง รวมถึงปัจจัยภายนอก เช่น พื้นลื่น พื้นต่างระดับ และแสงสว่างไม่เพียงพอ[4] สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนามาตรการป้องกันอย่างเป็นระบบทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุมีความรุนแรงและพบบ่อยกว่าวัยอื่น โดยข้อมูลระดับนานาชาติระบุว่า ประมาณร้อยละ 28–35 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปหกล้มอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และเพิ่มเป็นร้อยละ 32–42 ในผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปขึ้นไป ซึ่งการหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บ การเข้ารักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมโรครายงานว่าการพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บอันดับต้น ๆ ของผู้สูงอายุ และก่อให้เกิดภาระด้านค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลและการดูแลระยะยาว (กรมควบคุมโรค, 2565)

การออกกำลังกายเป็นมาตรการสำคัญในการลดความเสี่ยงหกล้ม โดยเฉพาะโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว เช่น Otago Exercise Programme ซึ่งได้รับการยืนยันว่าช่วยลดอัตราการหกล้มและการบาดเจ็บจากการล้มในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3] ดังนั้น การส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมควบคู่กับการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย จึงเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันภาวะหกล้มและลดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย เศรษฐกิจ และจิตใจของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มุ่งเน้นการออกกำลังกายควบคู่กับการให้ความรู้และสร้างการรับรู้ความเสี่ยงจากความเสื่อมตามวัย โดยเฉพาะการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและมีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม พื้นที่อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้สูงอายุติดสังคมจำนวน 1,382 คน และในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อมมีจำนวน 100 คน[5] โดยพบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานถึงร้อยละ 80 และมีปัญหาการเดินไม่สะดวกและหกล้มร้อยละ 10 ซึ่งถือเป็นปัญหาเร่งด่วนของพื้นที่ ปัจจุบันการบริการส่วนใหญ่เน้นการรักษา เช่น ตรวจเลือดและรับยาตามนัด ยังขาดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มโดยเฉพาะ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง ซึ่งมีความเสี่ยงหกล้มสูงถึงร้อยละ 30 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผ่านการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ควบคู่กับการใช้รูปแบบการออกกำลังกายแบบโอทาโกตามแนวทางงานวิจัยของชมพูนุท ชีวะกุล[6] เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว ผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมดังกล่าวจะช่วยเพิ่มความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ลดการบาดเจ็บ พิการ และการเสียชีวิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมตามวัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโกในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้มภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi– Experimental Research) โดยแบ่ง

ประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest–Posttest Design

ขนาดตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน[7] ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมหรือชุดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้การออกกำลังกายแบบโอทาโก (Otago Exercise Programme) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และความสามารถในการเดิน ควบคู่กับการให้ความรู้และกระตุ้นการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง ดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นระบบต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยน 1) ความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้ม 2) การรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้ม 3) การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม 4) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม 5) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้ม 6) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้ม และ 7) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้ม ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้และการรับรู้ที่ถูกต้อง สามารถปฏิบัติการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ ภาวะแทรกซ้อน และภาวะพึ่งพิง สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการหกล้มในช่วง 6 เดือน ลักษณะที่อยู่อาศัย จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้ม จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้ม ด้านละ 5 ข้อ รวม 20 ข้อ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการหกล้ม จำนวน 10 ข้อ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้ม จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00 ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลนาแวง อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี และหาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้โดยใช้ KR-20 และการรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้ม ความรุนแรงของการหกล้ม ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม อุปสรรคของการป้องกันการหกล้ม ความสามารถของตนในการป้องกันการหกล้ม และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้ม โดยใช้ Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้ม เท่ากับ 0.787 การรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้ม เท่ากับ 0.887 การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม เท่ากับ 0.842 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม เท่ากับ 0.804 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้ม เท่ากับ

0.826 และ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการหกล้ม เท่ากับ 0.789 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ α=0.05

วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่องความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้ม การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่องความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้ม

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี รหัสโครงการ UBU-REC-67/2568 ลงวันที่ 26 มิถุนายน 2568

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย 45.63 ปี (S.D. = 4.35 ปี) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 45.0 จบการศึกษาระดับมัธยมหรือเทียบเท่า ร้อยละ 35.0 ว่างงาน ร้อยละ 35.0 มีมัธยฐานของรายได้ 4,500 บาท (P_{25} = 1,000 บาท : P_{75} = 10,000 บาท) มีประวัติการหกล้มในช่วง 6 เดือน ร้อยละ 15 มีปัญหาการมองเห็น ตาพร่ามัว มองไม่ชัดเจน ร้อยละ 40.0 และมีมีความยากลำบากในการทรงตัว ร้อยละ 20.0 ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 มีอายุเฉลี่ย 64.93 ปี (S.D. = 4.41 ปี) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 50.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 60.0 มีมัธยฐานของรายได้ 5,000 บาท (P_{25} = 1,500 บาท : P_{75} = 30,000 บาท) มีประวัติการหกล้มในช่วง 6 เดือน ร้อยละ 30 มีปัญหาการมองเห็น ตาพร่ามัว มองไม่ชัดเจน ร้อยละ 80.0 และมีมีความยากลำบากในการทรงตัว ร้อยละ 70.0 ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

3.1ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มสูงกว่า

กลุ่มเปรียบเทียบ 3.47 คะแนน (95% CI=2.86-4.09)

3.2ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้มสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.75 คะแนน (95% CI=1.86-3.63)

3.3ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0007) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.17 คะแนน (95% CI=0.95-3.39)

3.4ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.47 คะแนน (95% CI=2.60-4.34)

3.5 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้มสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.05 คะแนน (95% CI=2.25-3.84)

3.6 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการหกล้มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง ผลต่างเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการหกล้มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการหกล้มสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.28 คะแนน (95% CI=2.19-4.35)

3.7 ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้มสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.05 คะแนน (95% CI=1.88-4.21)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโกในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้

ความสามารถของตนในการป้องกันการหกล้ม และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากการออกแบบโปรแกรมที่ใช้แนวคิดการออกกำลังกายแบบโอทาโกซึ่งเป็นโปรแกรมที่มุ่งเน้นการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การฝึกการทรงตัว และการเพิ่มความมั่นใจในการเคลื่อนไหวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยประยุกต์ใช้โปรแกรม Otago Exercise Programme ซึ่งพัฒนาโดย University of Otago ประเทศนิวซีแลนด์ ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าสามารถลดอัตราการหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ โปรแกรมยังบูรณาการกิจกรรมให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การติดตามกำกับอย่างใกล้ชิด และการเสริมแรงเชิงบวก ทำให้ผู้เข้าร่วมเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การรับรู้ และทักษะการปฏิบัติจริง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของการหกล้มมากขึ้น เห็นประโยชน์ของการป้องกัน ลดการรับรู้อุปสรรค และเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดด้านการรับรู้สุขภาพที่ชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างการรับรู้และความสามารถตนเองจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ประกอบกับลักษณะการดำเนินกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทชุมชน จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง ทั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโกสามารถประยุกต์ใช้ในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการหกล้มจากภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทและการทรงตัวได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิผลในบริบทของพื้นที่ชนบทไทย สอดคล้องกับการศึกษาของชมพูนุท ชีวะกุล[6] ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยประยุกต์ใช้การออกกำลัง กายแบบโอทาโกร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันการล้มในผู้สูงอายุ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้มมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม การทดสอบความสามารถในการทรงตัวกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปโปรแกรมการออกกำลังกาย โดยประยุกต์ใช้การออกกำลังกายแบบโอทาโก ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันการล้มในผู้สูงอายุมีผลทำให้ความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัว และความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น นิตยา ทองประพาฬ[8] ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ซึ่งภายในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 1)ประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกาย 2) ประเมินสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้สูงอายุ 4 ด้านคือ (1) ด้านความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ (2) ด้านความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ (3) ด้านความทนทานของปอดและหัวใจและ (4) ด้านความคล่องตัวและการทรงตัว 3) ได้รับความรู้เกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สอน สาธิตฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายตามโปรแกรมและให้สาธิตย้อนกลับโดยใช้สื่อแผ่นพับสื่อบุคคล สอนวิธีการบันทึกการออกกำลังกายตามโปรแกรม 4) ติดตามและสรุปผลการประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายและสมรรถภาพทางกายทั้ง 4 ด้าน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-8.00, p=.000) และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกายดีขึ้นทุกด้าน ได้แก่ ด้านการเปลี่ยนแปลงความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อส่วนขา มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น ร้อยละ 72 ด้านความแข็งแรง

และความทนทานของกล้ามเนื้อส่วนแขน มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น ร้อยละ 74 ด้านความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อส่วนบนมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นร้อยละ 70 ด้านความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อส่วนล่างมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นร้อยละ 62 ด้านความทนทานของปอดและหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นร้อยละ 78 และด้านความคล่องแคล่วและการทรงตัวมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นร้อยละ 60 ปัทมา เซ้งอาศัย[9] ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อสมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ผลการทดลองพบว่า ดัชนีความหนาของร่างกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรมแกรม ไม่แตกต่างกัน (t=-.030,p=.977) สัดส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรมแกรมไม่แตกต่างกัน (t=.025,p=.980) ความอ่อนตัวของไหล่ (R) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรมแกรม ไม่แตกต่างกัน(t=-.452,p=.654) ความอ่อนตัวของไหล่ (L) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่แตกต่างกัน (t=-.169,p=.867) ความอ่อนตัวของหลังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรมแกรม ไม่แตกต่างกัน (t=.404,p=.688) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาหลังเข้าร่วมโปรมแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (p=.001) ความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (p = .046)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรนำโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโกไปประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในพื้นที่อื่น ๆ ของอำเภอเขมราฐและจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งนี้ควรบูรณาการร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรังและการเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการป้องกันการหกล้ม

2. หน่วยงานสาธารณสุขในระดับอำเภอและจังหวัดควรสนับสนุนให้มีการอบรมบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินโปรแกรมโอทาโกอย่างถูกต้อง พร้อมทั้งจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อขยายผลเป็นนโยบายป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ

3. ควรศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มและอัตราการหกล้มที่เกิดขึ้นจริง รวมทั้งควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างหรือออกแบบการวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งทางวิชาการของหลักฐานเชิงประจักษ์ และอาจศึกษาเปรียบเทียบกับโปรแกรมการออกกำลังกายรูปแบบอื่นเพื่อพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนไทยมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมอย่างน้อย 3–6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และอัตราการหกล้มที่เกิดขึ้นจริง เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว

2. ควรออกแบบการวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาและลดอคติที่อาจเกิดขึ้น

3. ควรศึกษาประยุกต์ใช้โปรแกรมในพื้นที่อื่นหรือในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังแตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการขยายผลในระดับอำเภอหรือจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). World population ageing 2019: Highlights. United Nations. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
3. World Health Organization. (2021). Falls. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls
4. กรมควบคุมโรค. (2565). สถานการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขมราฐ. (2566). รายงานข้อมูลผู้สูงอายุและสถานการณ์โรคเรื้อรัง อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2566. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขมราฐ.
6. ชมพูนุท ชีวะกุล. (2565). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยประยุกต์ใช้การออกกำลังกายแบบโอทาโกร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันการล้มในผู้สูงอายุ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564. 36(3);597-608.
7. Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). Adequacy of sample size in health studies. World Health Organization.
8. นิตยา ทองประพาฬ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและ สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ. (ออนไลน์). 2564. สืบค้นวันที่ 21 พ.ย.2566. จาก https://hpc2service.anamai.moph.go.th/researchhpc2/view.php?id=201.
9. ปัทมา เซ้งอาศัย. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อสมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ. (ออนไลน์). 2561. สืบค้นวันที่ 21 พ.ย.2566. จาก https://research.rmutsb.ac.th/fullpaper/2561/research.rmutsb-2561-20191128145025858.pdf

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

OUTCOME OF SELFCARE EDUCATION PROGRAM IN TYPE II DIABETES MELLITUS PATIENTS AT WARICHAPHUM HOSPITAL.

(Received: March 14,2026 ; Revised: March 16,2026 ; Accepted: March 24,2026)

วิมลวรรณ แก้วคำแสน[1]
Wimolwun Keawkumsan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และเพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวาริชภูมิ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าน้ำตาลมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มากกว่า 2 ครั้งใน 6 เดือน ที่ขึ้นทะเบียนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวาริชภูมิ จำนวน 40 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ระยะเวลาดำเนินการ เดือน กันยายน 2568 – ธันวาคม 2568 โดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วย Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน ความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 2.93 คะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 6.78 คะแนน และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 6.13 คะแนน สูงกว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

Abstract

This study employed a quasi-experimental research design with the objectives of examining the effects of an educational program on self-care among patients with Type 2 diabetes and comparing their knowledge, attitudes, and blood glucose levels before and after participating in the program. The study was conducted at the outpatient nursing department of Waritchaphum Hospital.The sample consisted of 40 patients diagnosed with Type 2 diabetes who had blood glucose levels greater than 140 mg/dL on more than two occasions within six months. All participants were registered at the outpatient department of Waritchaphum Hospital and were selected using purposive sampling. The study was conducted from September 2025 to December 2025. Research instruments included a diabetes education program, a personal information questionnaire, a general knowledge assessment about diabetes, a perceived risk of diabetes complications scale, and a self-care behavior assessment for patients with diabetes. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and the Paired t-test to examine differences within the group.

The results showed that after participating in the diabetes education program, the sample group demonstrated an increase in diabetes knowledge scores by 2.93 points, an increase in perceived risk of diabetes complications by 6.78 points, and an increase in self-care behavior scores by 6.13 points. These scores were significantly higher than before participating in the program ($p < .05$). Additionally, blood glucose levels significantly decreased ($p < .05$).

Keywords: Patients with Type 2 Diabetes Diabetes Education Program

[1] โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลิน ไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพและการท้างาน ล้มเหลวเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา องค์การอนามัยโลกได้ คาดการณ์จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 170 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 208 ล้านคนใน ปีค.ศ. 2045 โดยภูมิภาคเอเชียจะเป็นภูมิภาคหลักที่พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังคาดการณ์ว่ามากกว่า 54% ของผู้ป่วยยังไม่ได้ รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องซึ่งน้าไปสู่การเกิดภาวะ แทรกซ้อนที่อันตรายต่อผู้ป่วยและการสูญเสีย ทางเศรษฐกิจในการใช้งบประมาณในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานเป็นงบประมาณจำนวนมหาศาล[1] สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน เป็นหนึ่งใน กลุ่มประเทศที่มีอัตราความชุกของโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานมีมากถึง 200 รายต่อวัน โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม จากความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น

เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน[2] ที่สำคัญที่สุด คือ การควบคุมระดับน้ำตาลให้ ใกล้เคียงปกติ ลดและหลีกลี่ยงพฤติกรรมที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ ดำเนินชีวิต เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การ ออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการความ เครียดและการใช้ยาร่วมกับการมีทีมสหวิชาชีพให้บริการดูแลรักษา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สาเหตุและผลของการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับวิถีชีวิต ของตนเองได้ก็สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ จากการทบทวนวรรณกรรม[3] พบว่าการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ 2 และการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเอง รวมทั้งการให้ความรู้รายบุคคลมีแนวโน้มที่จะลดน้ำตาลสะสมได้ ความรู้ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน[4] การให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การควบคุมน้ำตาลในเลือด การแนะนำควรพิจารณาความเป็นจริงในสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ นอกจากนี้พยาบาลอาจจะให้การช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำได้ การเสริมสร้างกำลังใจ[5] ร่วมกับการให้ข้อมูลความรู้เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจกับโรคตลอดจนความจำเป็นของการรับประทานยาอย่างเคร่งครัดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาสูงสุด[6] ผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานควรมีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจและเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ให้สามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้จริง ผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานต้องมีความรู้ความเข้าใจโรคเบาหวานเป็นอย่างดี มีความมุ่งมั่นและทักษะในการถ่ายทอดความรู้ทั้งด้านทฤษฎี และด้านปฏิบัติให้ครอบคลุมโรคเบาหวานโดยทำงานร่วมกับผู้รับความรู้ การให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง ควรคำนึงถึงความต้องการและทัศนคติของผู้เรียน จึงจะประสบผลสำเร็จในการดูแลโรคเบาหวาน

โรงพยาบาลวาริชภูมิ อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F 2 ที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่มารับบริการมากเป็นอันดับ 1 ได้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สถิติปี 2565, 2566 และ 2567 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 3,142, 3,252 และ 3,346 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น

เรื่อย ๆเนื่องจากเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และยังสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ค่อนข้างมาก สถิติปี 2565, 2566 และ 2567 ร้อยละ 65.15, 74.51 และ 72.18 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด จากการขาดความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง จึงทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ หลายประการทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยมีบุคลากร หน่วยบริการสุขภาพ เป็นผู้กำกับดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จึงสนใจที่จะศึกษาเรื่อง ผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร เพื่อนำโปรแกรมไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าน้ำตาลมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ที่ขึ้นทะเบียนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าน้ำตาลมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มากกว่า 2 ครั้งใน 6 เดือน ที่ขึ้นทะเบียนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร จำนวน 40 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือน กันยายน 2568 – ธันวาคม 2568 รวมระยะเวลา 4 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้ ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม7 (Bloom, s Taxonomy) ซึ่งอธิบายว่าการเรียนรู้ของบุคคลประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพุทธิพิสัย ด้านจิตพิสัย และด้านทักษะพิสัย โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแบ่งเป็น

ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัยโดยศึกษาบริบทสภาพ ปัญหาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ค้นหาข้อมูลจากเวชระเบียน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าน้ำตาลมากกว่า
140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มากกว่า 2 ครั้งใน 6 เดือน ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป นัดหมายผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยแนะนำพร้อมชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมการทำวิจัย

เดือน กันยายน 2568 รวมระยะเวลาดำเนินการ 1 เดือน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย นัดเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม 4 สัปดาห์ ดำเนินการเดือน ตุลาคม 2568 รวมระยะเวลาดำเนินการ 1 เดือน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เจาะเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง เจาะเลือดเพื่อตรวจค่าน้ำตาลในเลือด ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานพร้อมสร้างความตระหนักรู้ในเรื่องโรคเบาหวาน เป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวานให้ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ในการควบคุมโรคทั้งระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า น้ำตาลเฉลี่ยสะสม ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต รอบเอวและดัชนีมวลกาย ใช้วิธีการบรรยายประกอบเนื้อหา

กิจกรรมครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ที่เหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวาน รายการอาหารแลกเปลี่ยน การอ่านฉลากโภชนาการ ใช้วิธีบรรยายประกอบสื่อการสอน และเรื่องการใช้ยา ผลข้างเคียงของยา การลืมรับประทานยา การรับประทานยาเมื่อต้องเดินทางไกล ใช้วิธีบรรยายประกอบเนื้อหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์

กิจกรรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 - 4 ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ช่วยคลายความเครียด การผ่อนคลาย การทำสมาธิเบื้องต้น ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคเบาหวานทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง รวมทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังกล่าวใช้วิธีการบรรยาย การดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน เจาะเลือดเพื่อตรวจค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง การให้ความรู้โดยใช้สื่อให้ความรู้เรื่อง คู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้นเรื่องเบาหวาน สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผล ทำการสรุปและประเมินผลโดยการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pair t-test ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม 2568 รวมระยะเวลาดำเนินการ 2 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าน้ำตาลมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ที่ขึ้นทะเบียนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าน้ำตาลมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มากกว่า 2 ครั้งใน 6 เดือน ที่ขึ้นทะเบียนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม ของ อรุณ จิรวัฒน์กุล คำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 36 ราย ปรับเพิ่มจากสูตรคำนวณเพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างครบตามเกณฑ์หากกลุ่มตัวอย่างมีการสูญหาย (Drop out) ระหว่างดำเนินการวิจัยร้อยละ 10 (r = 0.10) จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เรื่องโรคเบาหวานพร้อมสร้างความตระหนักรู้ในเรื่องโรคเบาหวาน เรื่องการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน เรื่องการออกกำลังกาย ช่วยคลายความเครียด การผ่อนคลาย การทำสมาธิเบื้องต้น ภาวะแทรกซ้อนกับโรคเบาหวานทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง และการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้คู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้นเรื่องเบาหวาน สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วยคำถาม 15 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .96 แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

จำนวน 14 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .94 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 20 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .97 และแบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมโดยใช้สถิติ Pair t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2025 - 083 วันที่ 16 กันยายน 2568 ถึงวันที่ 15 กันยายน 2569

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 62.5 อายุระหว่าง 50-59 ปีร้อยละ 52.5 อายุเฉลี่ย 52.2 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 87.5 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 75 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 42.5 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 82.5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.72 หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.65 ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ก่อนเข้าโปรแกรมเท่ากับ 35.55 หลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 42.33 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 49.82 หลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 55.95 ($p<.05$) หมายความว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=40)

ผลลัพธ์ด้านกระบวนการเรียนรู้	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t-test	p-value
	–	S.D.	–	S.D.		
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	4.72	2.12	7.65	3.23	3.56	000
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	35.55	1.56	42.33	0.58	4.58	.000
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	49.82	2.52	55.95	3.81	7.04	.000

การประเมินค่าระดับน้ำตาลในเลือด หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 52.50 ลงลงแต่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 32.50 คงที่ร้อยละ 15.00

หลังเข้าร่วมโปรมแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน หลังเข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=40)

ค่าระดับน้ำตาล	–	S.D.	t-test	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	161	9.71	2.94	.000
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	102	7.45		

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากแนวคิดของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งอธิบายว่า การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรค[8, 9] เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จึงทำให้เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงของโรค และเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมมากขึ้นนอกจากนี้ โปรแกรมการให้ความรู้ยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกต้อง และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของแนวคิดการดูแลตนเอง (Self-care theory) ที่ระบุว่าการที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่เหมาะสม จะช่วยให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยังพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสามารถส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยได้จริง เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม[10] เช่น การควบคุมอาหาร การลดการบริโภคน้ำตาลและไขมัน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการรับประทานยาอย่างถูกต้อง จะช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายการศึกษา[11, 12] ที่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยเพิ่มความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

2. การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้ความรู้ที่มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสม เช่น การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การให้คำแนะนำและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิด

ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานมากขึ้น และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ตามแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพได้ระบุว่า ความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลมีความตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบของโรค จึงมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน[13,14] นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโดยตรง[15] ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนแนวคิดที่ว่าการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นกลยุทธ์สำคัญในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และสามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรนำโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

2. บุคลากรทางสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อศึกษาความต่อเนื่องของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

2. ควรมีการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น และครอบคลุมพื้นที่หลายแห่ง เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย

3. ควรพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ที่ใช้เทคโนโลยี เช่น สื่อดิจิทัล หรือแอปพลิเคชันสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาริชภูมิ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวาริชภูมิ และทุกท่านที่ให้การสนับสนุน เอื้ออำนวยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization.(2016). Global report on diabetes. Geneva: World Health Organization.

2.American Diabetes Association.(2023). Standards of medical care in diabetes—2023. Diabetes Care. 2023;46(Suppl 1):S1–S291.

3.International Diabetes Federation.(2021). IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation.

4.Bandura A.(1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman.

5.Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH.(1988). Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q. 1988;15(2):175–183.

6.Orem DE.(2001). Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby.

7.Norris SL, Engelgau MM, Narayan KMV.(2001). Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. Diabetes Care. 2001;24(3):561–587.

8.Chrvala CA, Sherr D, Lipman RD.(2016). Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus. Patient Educ Couns. 2016;99(6):926–943.

9.พิชญาภา ชัยวงศ์, สมจิต หนุเจริญกุล.(2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2560;35(3):45–56.

10.สุพัตรา แก้วคำ, จิราภรณ์ สุขประเสริฐ.(2562). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2562;15(2):78–89.

11.วิไลลักษณ์ ศรีสวัสดิ์, กนกพร สุขเกษม.(2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารวิจัยทางการพยาบาล. 2561;23(1):12–24.

12.สุรีพร จันทร์ดี, นงนุช ศรีทอง.(2563). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2563;14(1):33–46.

13.Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al.(2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention. N Engl J Med. 2002;346(6):393–403.

14.Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, et al.(2017). Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes. Diabetes Educ. 2017;43(1):40–53.

15.Funnell MM, Anderson RM.(2004). Empowerment and self-management of diabetes. Clin Diabetes. 2004;22(3):123–127.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก

Development of Care Model for People Living with HIV and AIDS in Wat Bot Hospital, Phitsanulok Province.

(Received: March 14,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 24,2026)

สงน บุญญะ[1]
Sangon Bunya[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 2) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวและการได้รับต้านไวรัส และแบบประเมินความพึงพอใจในการมารับบริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้พรรณนาและการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มิถุนายน 2568 ถึง ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย1) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 2) อบรมฟื้นฟูศักยภาพ ผู้ประสานงาน และทีมที่ดูแลฯ 3) ปรับระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก และมีการประกาศใช้ 4) ปรับสถานที่และสิ่งแวดล้อมสำหรับให้บริการโดยเฉพาะ เมื่อนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ พบว่า หลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และกลุ่มตัวอย่างทุกคนรับการรักษาตามแพทย์นัดทุกครั้ง

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ , ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ , การดูแล

ABSTRACT

This action research aimed to: 1) develop a care model for HIV-infected persons and AIDS patients, and 2) examine the outcomes of implementing the care model at Wat Bot Hospital, Phitsanulok Province. The study was conducted in three phases sample size were 30 HIV-infected persons and AIDS patients, using knowledge assessment tools related to self-care practices and antiretroviral therapy, as well as a service satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test. The study was conducted from June to December 2025.

The findings revealed that the developed care model comprised four components: 1) appointment of a quality improvement committee for HIV/AIDS care, 2) capacity-building training for coordinators and care teams, 3) revision and implementation of clinical practice guidelines, and 4) adaptation of the physical environment to provide dedicated service areas. Following implementation, participants demonstrated significantly higher knowledge scores compared to the pre-implementation period at a statistical significance level of .05. Overall satisfaction with the model was rated at a high level, and all participants attended their scheduled medical appointments.

Keywords: Development of a model , HIV-infected patients and AIDS patients , Care management

บทนำ

เอชไอวี (Human immunodeficiency Virus; HIV) เป็นเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งซึ่งสามารถก่อให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือโรคเอดส์ได้ โดยเชื้อเอชไอวีนี้จะทำลายเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่ (CD4) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในระบบภูมิคุ้มกันในการปกป้องร่างกายจากเชื้อโรคต่างๆ ปัจจุบัน เอชไอวี ยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชาชนทุก ภูมิภาคทั่วโลกรวมถึงภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกและประเทศไทย

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก

รายงานของโครงการเอดส์แห่ง สหประชาชาติ (UNAIDS) คาดประมาณว่ามี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก จำนวน 39ล้านคนในปี พ.ศ. 2566 [1] จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อในประเทศไทยปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น จำนวน 376,274 รายจำแนกเป็นเพศชายจำนวน 255,923 ราย และเพศหญิงจำนวน120,351 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 97,344 ราย[2] สำหรับปรับประเทศไทยโรคเอดส์ได้ส่งผลกระทบต่อระบบการสาธารณสุขของประเทศ Department of Disease Control (2021) ในปี 2562 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านโรคเอดส์ถึง 9.268 ล้านบาท และในปี พ.ศ.2565 คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศ ที่ยังมีชีวิตมีจำนวนถึง 560,000 คน กำลังรับยาต้านไวรัส 457,13333 คน และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ถึง 9,200 คน[3] จากสถานการณ์ดังกล่าว รัฐบาลโดยกรมควบคุมโรคได้มีการขับเคลื่อนด้านโรคเอชไอวีในประเทศโดยการร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) และศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข เพื่อพัฒนามาตรฐานการรับรองเฉพาะโรคด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยมีเป้าหมายลดปัญหาโรคและภัยสุขภาพ ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ปี 2560-2573 ให้กับสถานพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพบริการ ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเชื่อมโยงกับกลยุทธ์ Reach – Recruit – Test – Treat – Prevention – Retain (RRTTPR) มีเป้าหมายหลัก3 ประการคือ ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน1,000ราย ลดการตายจากเอดส์เหลือปีละไม่เกิน4,000ราย และลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องมาจากจากเอดส์ และเพศภาวะ < ร้อยละ10

จากข้อมูลการให้บริการในคลินิกผู้รับยาต้านไวรัสโรงพยาบาลวัดโบสถ์ ในปี 2565 – 2567 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสมียอดสะสมในปี 2565 – 2567 จำนวน 193 คน , 186 คนและ 185 คน ในจำนวนนี้เสียชีวิตจำนวน 6 คน ,6 คนและ1 คน ตามลำดับ มีอัตราผู้ป่วยที่สามารถกดไวรัสได้สำเร็จ ซึ่งต้องมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral Load: VL)หลังจากได้รับยาต้านไวรัส โดยกำหนดค่าของ VL<1,000copies/ml. เป็นร้อยละ 95.71, 99.31 และ 97.33 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มลดลง มีรายที่ขาดนัดมากกว่า 3 เดือน ปี 2565-2567 เดือน จำนวน12,15,20 คน คิดเป็นเปอร์เซ็นต์ได้ 6.21,8.06และ10.10% ตามลำดับและพบว่ามีการตรวจเจาะ Anti-HIV ในกลุ่มเสี่ยงในปี 2565-2567 เป็น 90.71, 87.61 และ75.33 [4] จากการวิเคราะห์ดำเนินงานที่ผ่านมาของงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวัดโบสถ์ ปี 2566-2567 พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการมีน้อยเมื่อเทียบกับภาระงาน ขาดการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน การประสานงานภายในและภายนอกหน่วยงานยังไม่มีระบบและมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ประกาศใช้ร่วมกันทำให้ทีมผู้ดูแลมีแนวทางปฏิบัติยังไม่ชัดเจน ซึ่งทำให้บุคลากรใหม่จะไม่สามารถเข้าใจแนวปฏิบัติที่วางไว้ กระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจรทั้งกระบวนยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ การเก็บรวบรวมข้อมูลยังไม่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อการพัฒนางานให้มีคุณภาพมากนัก ส่วนในด้านของผู้ติดเชื่อเอชไอวีนั้นพบว่า มีข้อจำกัดในทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับเอชไอวีและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องมากนัก พบปัญหาการเข้าถึงบริการการกินยาที่ไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยพบปัญหาว่าบางคนไม่ได้รับยา และยังพบว่ามีผู้ป่วยที่เสียชีวิตในระหว่างการได้รับการรักษา รวมทั้งการค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในรายใหม่ยังไม่ครอบคลุม

จากสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยในระบบเดิมพบว่ายังขาดความต่อเนื่องในการดูแลระหว่างผู้รับบริการกับผู้ป่วยบางกลุ่มยังเข้าถึงบริการได้ยาก และยังการเสียชีวิตจึงมีความจำเป็นที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัย ของ วิราวรรณ ชมาฤกษ์[2] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบบริการที่มีรูปแบบชัดเจนใน การส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการจะเพิ่มความครอบคลุมในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสและเพิ่มความปลอดภัย

จากการใช้ยา รวมทั้งเฝ้าระวังติดตามการเกิดเชื้อดื้อยาต้านไวรัสเอดส์ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงระบบบริการมากขึ้น เกิดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและส่งผลให้อัตราตายจากโรคเอดส์ลดลง และจากการศึกษา ของประจักร เหิกขุนทด[5] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทำการปรับระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ให้ทันสมัย มีการอบรมฟื้นฟูศักยภาพเจ้าหน้าที่และสร้างเครือข่ายในชุมชน ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีความสมัครใจในการตรวจหาเชื้อเอชไอวีมากขึ้นเป็นผลดีกับการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และจากศึกษา ของ ผการัตน์ รัตน์ประโคน[6] ที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า เจ้าหน้าทีมการดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมือนกันส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเองและผู้ที่ติดเชื้อรับยาต้านไวรัสที่สามารถกดไวรัสได้สำเร็จคิดเป็นร้อยละ 99.7 การติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญแม้ว่าปัจจุบันจะมีการพัฒนาการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพ แต่ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความท้าทายหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งนำความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับ แนวคิดการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ แนวคิดการมีส่วนร่วม และแนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยปี 2564/2565 ของกระทรวงสาธารณสุข[7] ประกอบด้วย 1) ด้านสร้างระบบในการเข้าถึง (Reach) 2) ด้านเข้าสู่ระบบ (Recruit) 3) ด้านการตรวจหาเชื้อ (Test) 4) ด้านรักษา(Treat) 5)เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสานอย่างต่อเนื่อง (Prevention) 6) ด้านคงอยู่ในระบบการรักษา (Retain) เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลรักษาผู้ที่ ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้มีประสิทธิภาพเกิดคุณภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อนำรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ใน โรงพยาบาลวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก

วิธีการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีการดำเนินงานวิจัยโดยแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา ความต้องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาล วัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวนทั้งสิ้น รวมทั้งหมด 20 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารและทีมผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลวัดโบสถ์และเครือข่าย ได้แก่ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 ท่าน แพทย์ผู้ดูแล 1ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 1 ท่าน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน 1 ท่าน เจ้าหน้าที่งานชันสูตร1ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน พยาบาลให้คำปรึกษา1ท่าน ตัวแทนผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 ท่าน ผู้รับผิดชอบงานจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในอำเภอวัดโบสถ์อีกจำนวน 7 ท่าน และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้ที่ได้รับการรักษาและได้รับยาต้านไวรัสโรงพยาบาลวัดโบสถ์ ที่มีอายุ 18 ขึ้นไป กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณของ Daniel (2010)[8] ได้ทั้งหมด จำนวน 125 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง เกี่ยวกับสถานการณ์การสภาพปัญหาและความต้องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

2. แบบสอบถามถามปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพและการรับการบริการของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณหาค่า ความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity index) ของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.90

ระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบ และ ขั้นตอนที่3 การดำเนินกิจกรรมการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. นำผลวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 พร้อมกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสนอร่างรูปแบบจากการทบทวนศึกษาวรรณกรรมเพื่อให้เหมาะสม ตามบริบท และปรับเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการที่จะร่วมดำเนินกิจกรรม

3. เสนอร่างรูปแบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบความเหมาะสมความสอดคล้อง โดยมีการประเมิน 1) แนวคิดและหลักการที่นำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบมีความเหมาะสม 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบมีความชัดเจนและเหมาะสมสอดคล้องกับแนวคิดและหลักการ 3) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้ได้จริง

4. จัดอบรมการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ให้กับทีมผู้ดูแลในโรงพยาบาลวัดโบสถ์ ความสามารถไปปฏิบัติการดูแลให้กับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่มีขึ้นทะเบียนการรักษากับโรงพยาบาลวัดโบสถ์ ในปีพ.ศ.2568 ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปจำนวน 185 คน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยนี้คัดเลือกจากความสมัครใจโดยมีเกณฑ์ดังนี้โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) อายุ 18ปีขึ้นไป 2) สื่อสารพูดคุยได้รู้เรื่อง มีการมองเห็น และการได้ยินชัดเจน และ 3) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัยและสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย จำนวน30คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี /ผู้ป่วยโรคเอดส์

2. แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวและการได้รับต้านไวรัส โดยดัดแปลงจากแบบประเมินของ สิทธิพล บุญมั่น [9] จำนวน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวและการได้รับต้านไวรัส ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity index) ระหว่าง 0.80-1.00 นำเครื่องมือทั้ง2ชุดไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 ราย โดยแบบทดสอบความรู้มีค่าความเชื่อมั่นKuder-richardson (KR-20) เท่ากับ 0.90

ระยะที่ 3 ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมในการทดลองใช้รูปแบบผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำนวน30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ให้เลือกตอบตามระดับความพึงพอใจ 5 ระดับคือ พอใจมากที่สุด พอใจมาก พอใจปานกลาง พอใจน้อย พอใจน้อยที่สุด โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนให้คะแนน 5,4, 3, 2, 1 ตามลำดับ เกณฑ์ในการวิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจ การพิจารณา ใช้การแบ่งระดับแบ่งอิงเกณฑ์ และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 4.24-5.00 มีคะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.43-4.23 คะแนนความพึงพอใจในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.62-3.42 มีคะแนนความพึงพอใจระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.61 มี

คะแนนความพึงพอใจระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 มีคะแนนความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำแบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ระหว่าง 0.60-1.00 นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง จานวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ค่าเท่ากับ 0.89

การรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา ความต้องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาล วัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเป็นการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อรวบรวมข้อมูลการดำเนินในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีการดำเนินการภายในโรงพยาบาล 2) การสนทนากลุ่ม เพื่อจัดทำ (ร่าง) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอวี และผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลและเครือข่าย 3) การจัดประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นต่อแนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลและเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอวี และผู้ป่วยเอดส์

ระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบ และ ขั้นตอนที่3 การดำเนินกิจกรรมการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ขั้นตอนนี้อยู่ในกระบวนการปฏิบัติมีการกำหนดเป้าหมายสร้างแนวทางพัฒนาเพื่อให้เกิดการรูปแบบการดูแลฯ ประกอบด้วย1) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 2) อบรมฟื้นฟูศักยภาพ ผู้ประสานงาน และทีมที่ดูแลฯ 3) ปรับระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก และมีการประกาศใช้ 4) ปรับสถานที่และสิ่งแวดล้อมสำหรับให้บริการโดยเฉพาะนำรูปแบบไปใช้ และมีการประชุมหารือกันเดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ขั้นตอนนี้ เป็นการสรุปและประเมินผลหลังรูปแบบ ซึ่งประยุกต์ใช้กระบวนการตรวจสอบ (Check) และการปรับปรุง (Act) ซึ่งกระบวนการทุกกระบวนการได้สังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วม กิจกรรม สะท้อนผลการดำเนินการวิจัย โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามแผน ปฏิบัติการ โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึก และการสรุปผลเพื่อนำไปสู่การปรับแผนใหม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ใบรับรองเลขที่ PREC 035-2568 ลงวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

ตอนที่1 การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา ความต้องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาล วัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลกซึ่งมีผลการศึกษา 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและทีมผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เกี่ยวกับสถานการณ์การ สภาพปัญหาและความต้องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ พบประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ ด้านการบริการ 1) ต้องการปรับและเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการของผู้ที่ต้องการรับบริการของผู้ที่มีความเสี่ยง/หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ

ผู้ป่วยเอดส์ ของโรงพยาบาลและเครือข่าย 2) ต้องการบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำคลินิกเพิ่มเนื่องจากปัจจุบันมีเพียงคนเดียว 3) ต้องการให้มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยฯ 4) ขาดความต่อเนื่องในการให้บริการเช่น ขาดการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อประเมินการรักษาและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย 5) ต้องการแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อใช้ในการดูแลที่เหมือนกันทั้งโรงพยาบาลและเครือข่าย

ส่วนที่ 2 จากแบบสอบถามถามปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพและการรับการบริการของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ร่วมแสดงความคิดเห็นจำนวน 125 คน เป็นเพศชายจำนวน53 คน คิดเป็นร้อยละ 42.1 เพศหญิง จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 48.4 เพศทางเลือก 11 คน คิดเป็น ร้อยละ 8.7 ส่วนใหญ่มีอายุ 41-59 ปี จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 มีระยะเวลาการกินยาเฉลี่ยมากกว่า 10ปี พบประเด็นที่สำคัญ 1) มีความต้องการให้ปรับปรุงสถานที่ให้บริการและสิ่งแวดล้อมให้มีเฉพาะสำหรับการให้บริการของกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 2) ควรมีการปรับระยะเวลาในการให้บริการเร็วกว่าเดิม เพราะปัจจุบันให้บริการมากกว่า 3 ชั่วโมง 3) ควรเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ 4) ต้องการให้มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์เฉพาะสำหรับการดูแล การติดตามนัด และการให้คำปรึกษาคำแนะนำของผู้ป่วยการดูแลติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

ตอนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย

ส่วนที่1 จากการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา ความต้องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาล วัดโบสถ์ ร่วมกับการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ทำปรับปรุงและพัฒนารูปแบบที่ได้ไปสอบถามความคิดเห็นและตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน3 ท่าน และประชุมทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และทีมผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติ ในการแก้ไขปัญหา และสามารถปฏิบัติได้จริงดังตารางที่ 1 และพัฒนาระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline :CPG)

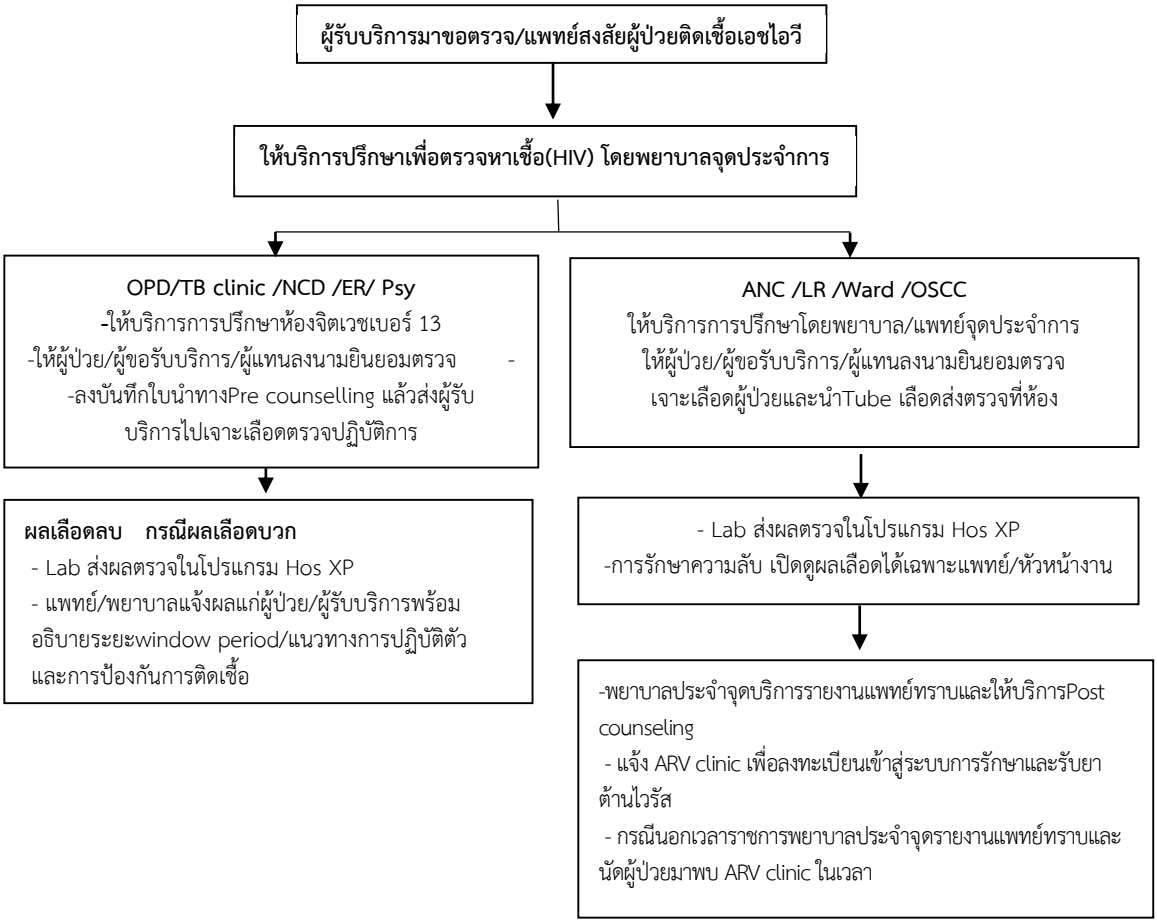
ตารางที่ 1 แนวปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหา

แนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย	สภาพปัญหา	แนวทางการแก้ไขปัญหา	ผู้รับผิดชอบ
1.ด้านสร้างระบบในการเข้าถึง (Reach)	-การประชาสัมพันธ์และการค้นหาผู้ติดเชื้อยังไม่ครอบคลุม ประชาชนไม่ทราบและช่องทางการประชาสัมพันธ์มีน้อย	เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ได้แก่- เว็บไซต์ - Face book และpage – Line ใช้ในการประชาสัมพันธ์ ข่าวสารของโรงพยาบาล	ทีมผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลและเครือข่าย
2. ด้านเข้าสู่ระบบ (Recruit)	-แกนนำมีน้อยดูแลไม่ทั่วถึง -ทีมเครือข่ายดำเนินงานมีความรู้เชิงลึกในกระบวนการดูแล คำแนะนำ การเข้าถึงบริการ	-สร้างแกนนำเพิ่ม -จัดอบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับแกนนำและทีมพี่เลี้ยงในการดูแล -เพิ่มฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในหน่วยบริการเพิ่มมากขึ้น	ทีมผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลและเครือข่าย
3. ด้านการตรวจหาเชื้อ (Test) และ ด้านรักษา(Treat)	-ต้องการให้ปรับสถานที่มีความเฉพาะสำหรับผู้ป่วย -ผู้ป่วยบางท่านยังขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว -การให้บริการล่าช้าเนื่องจากบุคลากรมีน้อย ผู้ป่วยขาดนัดยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน -การจัดลำดับคิดในการตรวจ	1.ดำเนินการทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลฯ 2.ปรับปรุงสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย 3.ปรับCPG ให้เป็นปัจจุบันกละเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล 4.จัดทำแนวทางการติดตามการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่ขาดนัดที่ชัดเจนและเข้าใจร่วมกัน	ทีมผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลและเครือข่าย

ตารางที่ 1 แนวปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหา

แนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย	สภาพปัญหา	แนวทางการแก้ไขปัญหา	ผู้รับผิดชอบ
	-การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรเฉพาสำหรับกลุ่ม -การติดตามประเมินผู้ป่วยก่อนและหลัง	5.จัดตั้งกลุ่มไลน์เฉพาะเพื่อใช้ในการให้ความรู้ติดตามการรักษาและติดตามนัด ตอบคำถามให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ	-พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบ
4. เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสานอย่างต่อเนื่อง (Prevention)	-ทีมเครือข่ายดำเนินงานมีความรู้เชิงลึกในกระบวนการดูแล คำแนะนำ การเข้าถึงบริการ	-สร้างแกนนำเพิ่ม -จัดอบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับแกนนำและทีมพี่เลี้ยงในการดูแล	ทีมผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลและเครือข่าย
5.ด้านคงอยู่ในระบบการรักษา (Retain)	-ขาดการติดตาม ต่อเนื่องที่บ้านจากทีมงานด้านสุขภาพ	-จัดอบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับแกนนำและทีมพี่เลี้ยงในการดูแล -มีแนวทางในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชน	ทีมผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลและเครือข่าย

รูปภาพที่ 1 แสดงระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline :CPG)



ผู้วิจัยได้นำรูปแบบแนวทางแก้ไขปัญหามาจัดทำการปฏิบัติการดังนี้

1. แจ้งผู้บริหารโรงพยาบาลทราบ และประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลร่วมกันวางแผนในการปฏิบัติ

2. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพปรับ CPG ให้ทันสมัย ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

3. อบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับทีมพี่เลี้ยงและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มศักยภาพ มั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย

4. การอบรมฟื้นฟูศักยภาพผู้ประสานงาน(HIV Coordinator: HIV Co) โดยเชิญวิทยากรที่เป็น HIV Co ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จากโรงพยาบาลศูนย์ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมาให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ HIV Co และทีมที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

5. ปรับปรุงสถานที่การให้บริการ และปรับปรุงวิธีการให้บริการที่รวดเร็วมากขึ้น

6. จัดตั้งไลน์กลุ่มเพื่อการดูแล ให้ความรู้ และติดตามผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม

ส่วนที่ 2 ผลการนำรูปแบบการดูแล

ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และ ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก ไปใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และ ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวัดโบสถ์ จำนวน 30คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 51.60 มีอายุในช่วง51-60 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 มีอาชีพรับจ้างทั่วไปจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 58.10 และมีระยะในการป่วยด้วยโรคดังกล่าวมากกว่า 10 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 58.10 และส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพในการรักษา

2. ผลของใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และ ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวัดโบสถ์ ประกอบด้วย

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ฯ โดยใช้สถิติ t – test (n= 30)

ค่าคะแนนความรู้	Mean S.D.		Mean difference	t	df	p
ก่อนการใช้รูปแบบ	8.15	0.23	-3.02	6.34	29	0.32*
หลังการใช้รูปแบบ	12.30	0.86				

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลของใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และ ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวัดโบสถ์ ประกอบด้วยผู้ป่วยที่สมัครใจที่จะร่วมในการทดลองใช้รูปแบบ ฯ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ หลังการใช้รูปแบบ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวได้อย่างดี กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และ ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวัดโบสถ์ จำนวน 30 คน มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่ 2 มีความพึงพอใจต่อสถานที่ในการรอตรวจรักษาของโรงพยาบาลมากเป็นอันดับหนึ่ง

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก ได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติ ในการแก้ไขปัญหาจากความต้องการของผู้รับบริการและทีมผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ร่วมกับมีการพัฒนาปรับระเบียบปฏิบัติงาน

ทางคลินิก (Clinical Practice Guideline :CPG) ใหม่ เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย มีการพัฒนาศักยภาพ ฟื้นฟูความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานการดูแลตามแนวทางการตรวจรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ปี พ.ศ.2564/2565 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ผการัตน์ รัตน์ประโคน[6] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยอัตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสสามารถกดไวรัสได้สำเร็จเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษา ของ กฤติกา ชนประชา และ วราลักษ์ รัตนธรรม[3] หลังการพัฒนารูปแบบกระบวนการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีแบบครบวงจรของโรงพยาบาลแม่ลาว ทำให้ผู้ติดเชื้อทุกคนได้รับการวินิจฉัยและได้รับยาต้านทุกคน สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรกันย์ วงค์ตาหล้า[10] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในรักษ์สุขภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์มีค่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 91.6 นอกจากนั้นมีการแต่งคณะทำงาน และ พัฒนาช่องทางการประชาสัมพันธ์ใน Website ของโรงพยาบาล เพจ ของโรงพยาบาล และป้ายประชาสัมพันธ์ และประชาสัมพันธ์ตามเวทีการประชุมต่างๆ ในอำเภอ ทำให้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น เมื่อต้องการตรวจรักษา หรือการคัดกรอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ผการัตน์ รัตน์ประโคน[6] ที่พบว่าการกำหนดบทบาทหน้าที่ และมีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ทำให้มีการขับเคลื่อนการทำงานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น

2. การปรับสถานที่การให้บริการที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ร่วมกับมีการปรับวิธีการให้ความรู้ สุขศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และเป็นช่องทางในการติดตามการรักษา การปฏิบัติตัวและ การให้คำปรึกษาปัญหาทางด้านการรักษาเช่นการทานยา การปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เป็นต้น ซึ่งทางผู้รับผิดชอบในคลินิกเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ผ่านในระบบไลน์กลุ่ม และจัดให้มีการให้ความรู้ในวันที่มาตรวจตามนัด ร่วมกับเป็นช่องทางที่ใช้ในการติดตามผู้ป่วยให้มารับการรักษาตามนัดด้วย ซึ่งกิจกรรมและช่องทางดังกล่าวส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี กินยาสม่ำเสมอ และรับการรักษาตามนัดทุกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ กฤติกา ชนประชา และ วราลักษ์ รัตนธรรม[3] พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบกระบวนการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีแบบครบวงจรของโรงพยาบาลแม่ลาวโดยปรับรูปแบบการให้ความรู้และการบริการที่สะดวกง่ายสร้างความรู้ความเข้าใจมากขึ้นทำให้การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเอชไอวีของโรงพยาบาลแม่ลาวมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประจักษ์ เหิกขุนทด[5] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลส่องดาว พบว่าหลังการพัฒนา อัตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 93.24 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ผการัตน์ รัตน์ประโคน[6] ที่พบว่ามีการปรับแนวทางการจัดกิจกรรมกลุ่มระบบการให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้สุขศึกษาในระหว่างการจัดกิจกรรมกลุ่มทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยได้ดีขึ้น

3. ความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยต่อการใช้รูปแบบ จากผลการวิจัยพบว่าหลังการเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากที่สุด สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทางผู้วิจัยได้มีการพูดคุย สอบถามปัญหา อุปสรรคต่างเกี่ยวกับผู้ป่วยในการมารับบริการที่คลินิก และมีการปรับการให้บริการและการปรับสถานที่ ตามความต้องการของผู้ป่วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการเพิ่มมากขึ้น

สรุปผลการวิจัย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวัดโบสถ์ จังหวัด

พิษณุโลก ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้จริงและทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้นจากการเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ มีการร่วมมือระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและทีมผู้บริหาร ทีมพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลมีการปรับปรุงสิ่งต่างๆ ตามคำแนะนำและมีการทดลองใช้จนเกิดประสิทธิผลที่ดี ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานทางด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายของอำเภอวัดโบสถ์ สามารถนำรูปแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ นี้ไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้มาตรการ RRTTPR 1) ด้านสร้างระบบในการเข้าถึง (Reach) 2) ด้านเข้าสู่ระบบ (Recruit) 3) ด้านการตรวจหาเชื้อ (Test) 4) ด้านรักษา(Treat) 5)เข้าถึงบริการป้องกันแบบผสมผสานอย่างต่อเนื่อง(Prevention) 6) ด้านคงอยู่ในระบบการรักษา (Retain) เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลรักษาผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้มีประสิทธิภาพเกิดคุณภาพที่ดีต่อไป

2. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หลังการร่วมกิจกรรมการใช้รูปแบบเพื่อเป็นการวิจัยต่อเนื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์หลังจากการใช้รูปแบบเพื่อนำผลที่ได้ไปขยายผลให้กับประชาชนกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลวัดโบสถ์ ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลวัดโบสถ์ และ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวัดโบสถ์ทุกท่าน ที่ร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลวัดโบสถ์ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. ศิวพร ตุ่นที.(2567). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การตีตราและการรับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลแม่วางจังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขมหาบัณฑิต). คณะสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย; เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
2. วิลาวรรณ ชมาฤกษ์, ธนิดา ตั้งยิ่งยง, ยงยุทธ วัฒนาไชย.(2557). ประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2557;29(1). 29-40
3. กฤติกา ชนประชา, วราลักษ์ รัตนธรรม.(2567). การพัฒนารูปแบบกระบวนการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีแบบครบวงจรของโรงพยาบาลแม่ลาว สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2567;32(2).67-79
4. โรงพยาบาลวัดโบสถ์.(2567). รายงานการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปี2567. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก
5. ประจักร เหิกขุนทด.(2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลส่องดาว.วารสารโรคเอดส์ 2564;33(3).151-164
6. ผการัตน์ รัตน์ประโคน.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์2567;39(2).511-520
7. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กรมควบคุมดรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564). แนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ :อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ ; 2565.

8. Daniel WW.(2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. New York: John Wiley & Sons; 2010.
9. สิทธิพล บุญยืน.(2562). การพัฒนาเครื่องมือและประเมินความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี.(วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). สาขาเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว.คณะแพทยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย; กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
10. ภัทรกันย์ วงค์ตาหล้า.(2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยา ต้านไวรัสเอดส์ในรักษ์สุขภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2564 ; 3(3).91-103

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง

The effects of a health behavior modification program on blood pressure levels, health behaviors, and quality of life in individuals at risk of hypertension.

(Received: March 14,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 24,2026)

ยุรฉัตร์ สวัสดี[1] กนก พานทอง[2] ยุทธนา จันทะขิน[2]
Yurachat Sawatdee[1] Kanok Pantong[2] Yoottana Janthakhin[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 35–59 ปี จำนวน 75 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อเรื่องสุขภาพที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมินหน้าที่บริหารจัดการของสมอง แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Dependent t-test, One-way ANOVA และ One-way ANCOVA

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมโดยรวมเท่ากับ 3.88 อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ 1 มีคะแนนหน้าที่บริหารจัดการของสมอง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองที่ 1 มีคะแนนหน้าที่บริหารจัดการของสมอง และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ในขณะที่คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมกลุ่มไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, ค่าความดันโลหิต,พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This experimental research aimed (1) to develop a health behavior modification program by integrating executive function concepts with the Health Belief Model to enhance health behaviors and quality of life among individuals at risk of hypertension, and (2) to examine the effects of the developed program. The sample consisted of 75 males and females aged 35–59 years, selected using purposive sampling. Participants were divided into three groups: Experimental Group 1 received the newly developed program integrating executive function concepts with the Health Belief Model; Experimental Group 2 received a program based on the Health Belief Model; and the control group received standard care. The intervention lasted 12 weeks. Research instruments included the health behavior modification program, an

[1] นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[2] อาจารย์ประจำหลักสูตร หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

executive function assessment, a health belief questionnaire, a health behavior assessment, and a quality-of-life questionnaire. Data were analyzed using dependent t-test, one-way ANOVA, and one-way ANCOVA.

The findings indicated that the developed program had overall appropriateness at a high level (mean = 3.88). The health behavior assessment demonstrated excellent content validity (S-CVI=1.00) and good reliability (α=0.873). After the intervention, Experimental Group 1 showed statistically significant improvements in executive function scores, health belief scores, and health behavior scores at the .001 level, along with a significant reduction in blood pressure. Between-group comparisons revealed that Experimental Group 1 had significantly higher executive function and health behavior scores than the other groups at the .001 level. However, quality-of-life scores among the three groups were not significantly different.

Keywords: blood pressure, health behavior modification program development, health behavior, quality of life

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและประเทศไทย เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีผู้ใหญ่ทั่วโลกมากกว่า 1.28 พันล้านคนที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และเกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วย[1] สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง[2] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ [3] หากไม่ได้รับการดูแลรักษาความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดสระแก้วมีแนวโน้มสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่มีความเสี่ยงสูงและจำเป็นต้องได้รับการป้องกันควบคุมโรคอย่างเป็นระบบในระดับชุมชน[4] หากไม่มีมาตรการที่มีประสิทธิภาพ อาจส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจในระยะยาว และพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งล้วนมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต [1,5]ในทางกลับกัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การลดเค็ม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการควบคุมน้ำหนัก สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5]

สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่มีความเสี่ยงสูง และควรได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ จากผลการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวในการสร้างพฤติกรรมที่ยั่งยืนนั้นต้องอาศัยการควบคุมตนเองในการปฏิบัติ ดังนั้นการควบคุมทางปัญญา (Cognitive Control) เป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติอย่างยั่งยืน[6] และต้องอาศัยการพัฒนาหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Executive functions: EF) มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความจำขณะคิด (Working memory: WM) 2) การควบคุมยับยั้ง (Inhibition control) และ 3) การยืดหยุ่นทางการรู้คิด (Cognitive flexibility) การควบคุมยับยั้ง ดังนั้น EF จึงเป็นกระบวนการทำงานระดับสูงของสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมตนเอง การวางแผน การยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และการ

ตัดสินใจเชิงเป้าหมาย แนวคิดนี้ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในงานส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจาก EF มีบทบาทสำคัญต่อความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ ผู้ที่มี EF ดีมักสามารถจัดการตนเองและคงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ดีกว่า และพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญของการเกิดและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การบริโภคอาหารเค็ม การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะน้ำหนักเกิน ล้วนมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต ขณะเดียวกันทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) อธิบายว่าการที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ [7] การบูรณาการแนวคิด EF ร่วมกับความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีศักยภาพในการเสริมสร้างทั้งความสามารถในการกำกับตนเองและแรงจูงใจภายใน ทำให้การปรับพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นอย่างยั่งยืน ผลลัพธ์ที่สำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การลดระดับความดันโลหิต การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำรงชีวิตของบุคคล[8] ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่บูรณาการแนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในบริบทของจังหวัดสระแก้ว จึงมีความสำคัญเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของ
สมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง

2. เพื่อพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง

3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง

สมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ 1 ที่ได้รับรับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยรวม หน้าที่บริหารจัดการของสมอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น และค่าความดันโลหิตลดลงมากกว่าระยะก่อนการทดลอง

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยรวม หน้าที่บริหารจัดการของสมอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น และค่าความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการมาตรฐานของสถานบริการ

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้แบ่งการดำเนินงานวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง และการพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูงโดยผ่านการประเมินผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน และการผ่านเกณฑ์ความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ I-CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8

ระยะที่ 2 ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ประชากรที่มีอายุระหว่าง 35 – 59 ปี มีระดับความดันโลหิตซีสโตลิค (Systolic Blood Pressure) ระหว่าง 120–139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิค (Diastolic Blood Pressure) ระหว่าง 80–89 มิลลิเมตรปลอท และต้องไม่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่นร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต โรคหอบหืด และอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ วังสมบูรณ์ อำเภอ วังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 1,254 คน

กลุ่มตัวอย่า งคือ ประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 35–59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ วังสมบูรณ์ ตำบลวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ได้จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G* Power 3.1.9.4[9] ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 66 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % รวมเป็น 75 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability sampling) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 75 คน โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มละ 25 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีอายุระหว่าง 35 – 59 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง

2. ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และผลอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension risk group) มีระดับความดันโลหิตตัวบน 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดัน ตัวล่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท วัดความดันโลหิตด้วยวิธีมาตรฐานฯ โดยควรวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที และไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน

3. มีความสามารถในการรับรู้ พูดคุยสื่อสาร และอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน

4. สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม และยินยอมให้ความร่วมมือในกิจกรรมทุกขั้นตอน

เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. อาสาสมัครได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยแพทย์

2. อาสาสมัครมีภาวะฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤตเกิดขึ้นจนไม่สามารถเข้าร่วมโครงการต่อได้

3. อาสาสมัครย้ายที่อยู่หรือเสียชีวิต หรือมีความประสงค์ถอนตัวออกจากกาโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 3) เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปร ตาม ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองประชาชนกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบคัดกรองสุขภาพประชาชน อายุ 35 ปี ขึ้นไป

1.2 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ รุ่น เอสอีเอ็ม -1 ยี่ห้อ ออมรอน (Omron)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ

2) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ

3) โปรแกรมปกติดูแลตามมาตรฐานของสถานบริการ Clinical Practice Guidelines. (CPG) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรม	กลุ่มทดลองที่ 1	กลุ่มทดลองที่ 2	กลุ่มควบคุม
การแนะนำโปรแกรม และเปิดใจตนเอง สู่ความสำเร็จร่วมกัน	✓	✓	✓
เพิ่มความจำ ควบคุมการยั้งคิด และการบริหารสมอง	✓		
โมเดลสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพ	✓	✓	
การประเมินสุขภาพตนเอง และการวางเป้าหมาย	✓	✓	✓
การเรียนรู้เรื่องการดูแลตนเองด้วย เวชศาสตร์วิถีชีวิต	✓	✓	
การให้ความรู้ด้านการดูแลตนเอง			✓
การให้ข้อมูลป้อนกลับ/ติดตาม และประเมินผล	✓	✓	✓
การให้แรงสนับสนุน	✓	✓	✓
รวมระยะเวลา	12 สัปดาห์		

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปรตาม

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 114 ข้อ ร่วมกับแบบประเมินคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL– BREF– THAI) จำนวน 26 ข้อ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพียงโรคเดียว จึงดัดแปลงข้อคำถามในบางข้อเพื่อให้สอดคล้อง กับกลุ่มตัวอย่างโดยเครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ประยุกต์ประกอบด้วย 5 ตอน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินพฤติกรรมหน้าที่บริหารจัดการของสมอง 3) แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ 4) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 5) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้วิธีการทางสถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนหน้าที่บริหารจัดการของสมอง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนคุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการทดสอบที (Dependent t-test)

2. เปรียบเทียบเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนหน้าที่บริหารจัดการของสมอง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนคุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (One way ANOVA)

3. เปรียบเทียบคะแนนหน้าที่บริหารจัดการของสมอง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรม

สุขภาพ ค่าความดันโลหิต และคะแนนคุณภาพชีวิต เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มระหว่างระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

4. เปรียบเทียบคะแนนหน้าที่บริหารจัดการของสมอง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าความดันโลหิต และคะแนนคุณภาพชีวิตระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กับกลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิต One Way ANCOVA ในกรณีที่คะแนนก่อนการทดลองแตกต่างกัน และทำการทดสอบรายคู่ด้วยสถิติ LSD (Least Significant Difference)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการ TRB3-070/2568 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 ด้านอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50–59 ปี มีอายุเฉลี่ย 52.67 ปี (S.D.=5.66) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้ำหนัก 51–70 กิโลกรัม มีน้ำหนักเฉลี่ย 55.91 กิโลกรัม (S.D.=8.16) ส่วนสูง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 150–155 เซนติเมตร และ 161 เซนติเมตรขึ้นไป มีส่วนสูงเฉลี่ย 147.65 เซนติเมตร (S.D.=5.63) รอบเอว ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 81–90 เซนติเมตร มีรอบเอวเฉลี่ย 87.27 เซนติเมตร (S.D.=11.19) ดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินและอ้วน (BMI ≥ 23.0 kg/m²) มีค่าเฉลี่ย BMI เท่ากับ 26.03 kg/m² (S.D.=5.00) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้วและอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 68.0–72.0 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป และแม่บ้าน โรคประจำตัวส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว แต่ส่วนใหญ่มีบุคคลในครอบครัวสายตรง (พ่อ แม่ พี่น้อง) เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 61.33) สำหรับรสชาติอาหารที่ชอบรับประทาน ส่วนใหญ่ชอบรสหวาน (ร้อยละ 46.67) การสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 94.67) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 42.67) และดื่มเมื่อมีเทศกาลสำคัญ (ร้อยละ 32) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลทั่วไป พบว่า ทั้ง 3 กลุ่มมีลักษณะของข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนคุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตภายในกลุ่ม ระยะก่อนการทดลอง กับระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test (กลุ่มละ 25 คน)

ตัวแปรตาม	กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ค่า *t*	*p-value*	cohen's d
		Mean	S.D.	Mean	S.D.			
หน้าที่บริหารจัดการของสมอง (EF)	กลุ่มทดลองที่ 1	50.80	4.72	56.60	1.85	7.39	<.001***	1.62
	กลุ่มทดลองที่ 2	49.28	7.10	52.16	4.50	4.44	<.001***	0.49
	กลุ่มควบคุม	48.56	8.06	51.80	4.65	2.88	.008**	0.49
ความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM)	กลุ่มทดลองที่ 1	4.16	0.40	4.48	0.26	3.36	<.001***	0.95
	กลุ่มทดลองที่ 2	4.09	0.23	4.66	0.34	7.27	<.001***	1.96
	กลุ่มควบคุม	4.08	0.39	3.95	0.45	1.11	.278	0.31
พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลองที่ 1	122.52	20.30	152.48	5.82	7.45	<.001***	2.01

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนคุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิตภายในกลุ่ม ระยะก่อนการทดลอง กับระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test (กลุ่มละ 25 คน)

ตัวแปรตาม	กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ค่า *t*	*p-value*	cohen's d
		Mean	S.D.	Mean	S.D.			
(HB)	กลุ่มทดลองที่ 2	116.80	15.70	135.04	9.21	6.53	<.001***	1.42
	กลุ่มควบคุม	112.44	16.01	126.56	12.75	5.10	<.001***	0.98
ค่าความดัน Systolic	กลุ่มทดลองที่ 1	145.36	9.75	132.40	7.32	7.26	<.001***	1.50
	กลุ่มทดลองที่ 2	139.80	10.92	130.68	7.32	6.13	<.001***	0.98
	กลุ่มควบคุม	139.96	7.55	133.48	5.67	6.17	<.001***	0.97
ค่าความดันDiastolic	กลุ่มทดลองที่ 1	90.36	6.27	81.92	6.76	12.40	<.001***	1.29
	กลุ่มทดลองที่ 2	85.16	4.83	81.40	4.12	4.91	<.001***	0.84
	กลุ่มควบคุม	83.84	5.02	82.72	3.81	1.29	.210	0.25
คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลองที่ 1	100.72	12.41	105.56	12.85	1.79	.08	0.38
	กลุ่มทดลองที่ 2	96.72	8.04	96.72	9.84	0.00	1.00	0.00
	กลุ่มควบคุม	98.64	8.30	100.64	11.34	1.09	.288	0.201

* P <.05 , ** P <.01 , *** P <.001

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบผลการทดลองระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง พบว่า คะแนนหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ทั้ง 3 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มควบคุมที่ระดับ .01 โดยกลุ่มทดลองที่ 1 มีขนาดอิทธิพล สูงที่สุด รองลงมาได้แก่ กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมตามลำดับ ด้านคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย ไม่แตกต่างกับระยะก่อนการทดลอง โดยกลุ่มทดลองที่ 2 มีขนาดอิทธิพลสูงที่สุด รองลงมาได้แก่กลุ่มทดลองที่ 1 ด้านคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง 3 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีขนาดอิทธิพล โดยกลุ่มทดลองที่ 1 มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมตามลำดับ ด้านความดันโลหิต Systolic หลังการทดลอง ทั้ง 3 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic ลดลงจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มทดลองที่ 1 มีค่าขนาดอิทธิพล สูงที่สุด รองลงมาได้แก่ กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมตามลำดับ ด้านความดันโลหิต Diastolic กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic ระยะหลังการทดลองลดลงจากระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยลดลงแต่ไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง โดยกลุ่มทดลองที่ 1 มีค่าขนาดอิทธิพลสูงที่สุด และด้านคะแนนคุณภาพชีวิต (Quality of Life) พบว่า ทั้ง 3 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหน้าที่บริหารจัดการของสมอง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนคุณภาพชีวิต และค่าความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลอง (Post-test) โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value	η^2
หน้าที่บริหารจัดการของสมอง						
กลุ่ม	991	2	495.39	91.3	<.001***	0.720
คะแนนก่อนการทดลอง	694	1	694.10	127.9	<.001***	0.643
ความคลาดเคลื่อน	385	71	5.43			
ความเชื่อด้านสุขภาพ						
กลุ่ม	80.4	2	40.2	0.599	0.552	0.017
คะแนนก่อนการทดลอง	9266.9	1	9266.9	138.167	<.001***	0.661
ความคลาดเคลื่อน	4762.0	71	67.1			
พฤติกรรมสุขภาพ						
กลุ่ม	9773.54	2	4886.77	22.50066	<.001***	0.388
คะแนนก่อนการทดลอง	1.42	1	1.42	0.00654	0.936	0.000
ความคลาดเคลื่อน	15420.20	71	217.18			
ค่าความดันโลหิต Systolic						
กลุ่ม	2880	2	1440	10.42	<.001***	0.227
คะแนนก่อนการทดลอง	216	1	216	1.56	0.215	0.022
ความคลาดเคลื่อน	9809	71	138			
ความดันโลหิต Diastolic						
กลุ่ม	112	2	56.0	0.816	0.446	0.022
คะแนนก่อนการทดลอง	124	1	124.5	1.813	0.182	0.025
ความคลาดเคลื่อน	4874	71	68.7			
คุณภาพชีวิต						
กลุ่ม	645	2	322	2.46	0.092	0.065
คะแนนก่อนการทดลอง	698	1	698	5.33	0.024*	0.070
ความคลาดเคลื่อน	9283	71	131			

$^{**}p < .01$, $^{***}p < .001$

จากตารางที่ 3 พบว่า ระยะหลังการทดลอง เมื่อควบคุมตัวแปรคะแนนตัวแปรระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านหน้าที่บริหารจัดการสมอง พฤติกรรมสุขภาพ และค่าความดันโลหิต Systolic มีอย่างน้อย 1 กลุ่มมีความแตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ความดันโลหิต Diastolic และคะแนนคุณภาพชีวิต ทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์คู่ต่างด้วยวิธี LSD พบว่า หน้าที่บริหารจัดการสมอง กลุ่มกลุ่มทดลองที่ 1 แตกต่างจากกลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มทดลองที่ 2 กับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ด้านพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มลดลองที่ 1 แตกต่างจากกลุ่มทดลองที่ 2 และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มทดลองที่ 2 กับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และค่าความดันโลหิต Systolic กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มทดลองที่ 1 กับกลุ่มทดลองที่ 2 ไม่แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง โดยเปรียบเทียบระหว่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและโปรแกรมการดูแลตามมาตรฐานของสถานบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยตอนปลาย ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีความเสี่ยงต่อกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาจากค่าดัชนีมวลกายที่มีค่าเฉลี่ย 26.03 kg/m^2 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินและอ้วน ประกอบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวาน และมีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 61.33 ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงทางชีวภาพ และพฤติกรรมที่อาจนำไปสู่การป่วย ผลการศึกษาสอดคล้องกับข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน รอบเอวเกินเกณฑ์ และประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ได้รับการยืนยันจากหลักฐานทางระบาดวิทยาว่ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต[10] สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการดำเนินมาตรการป้องกันในกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ

ด้านหน้าที่บริหารจัดการสมอง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ 1 มีคะแนน EF เพิ่มขึ้นสูงที่สุด และแตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับสูงมาก การที่กลุ่มทดลองที่ 1 มีการพัฒนาของ EF ได้ดีกว่ากลุ่มอื่น อาจเนื่องมาจากกิจกรรมในโปรแกรมได้รับการออกแบบมาให้กระตุ้นการคิด การวางแผน และการควบคุมตนเองอย่างเป็นระบบ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการทำงานของสมองส่วนหน้า แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่แม้คะแนนจะเพิ่มขึ้นตามกาลเวลาแต่มีขนาดอิทธิพลที่ต่ำกว่าชัดเจนความสอดคล้อง: สอดคล้องกับการศึกษาของ Diamond[11] ที่ระบุว่าการฝึกฝน EF ช่วยเพิ่มทักษะการควบคุมตนเอง (Inhibitory control) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการยับยั้งชั่งใจต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การเลือกรับประทานอาหารหวาน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hoffman และคณะ[12] ที่พบว่าบุคคลที่มี EF สูงจะมีพฤติกรรมการกำกับตนเองด้านสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มที่มี EF ต่ำ ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองที่ 1 และ กลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนลดลงเล็กน้อย แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มกลับไม่พบความแตกต่าง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎี HBM ที่ว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารและการกระตุ้น (Cues to action) จะช่วยยกระดับการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค[13] อย่างไรก็ตาม ผลที่ไม่แตกต่างระหว่างกลุ่มอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในทุกกลุ่มมีพื้นฐานทางสังคมและระดับการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน ทำให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในบริบทชุมชนไม่แตกต่างกันมากนัก ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรมวิจัยทุกกลุ่มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ การติดตาม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดและมีขนาดอิทธิพลสูง สะท้อนว่าองค์ประกอบด้านการกำกับตนเอง การยับยั้งพฤติกรรม และการวางแผน ซึ่งเป็นแกนสำคัญของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง มีบทบาทสำคัญต่อการทำให้การ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นจริงและยั่งยืน สอดคล้องกับแนวคิดของ Dixon[14] ที่อธิบายว่าการควบคุมทางปัญญาเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมสุขภาพ

ในด้านผลลัพธ์ทางสรีรวิทยา พบว่าความดันโลหิต Systolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในทุกกลุ่ม และมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองมีผลดีกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่าโปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพสามารถส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต Systolic ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงวิชาการที่ระบุว่าการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การลดโซเดียม การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนัก สามารถลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[6] สำหรับความดันโลหิต Diastolic แม้จะพบการลดลงภายในกลุ่มทดลอง แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม อาจเนื่องจากความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของค่าดังกล่าวต่ำกว่า ระยะเวลาการติดตามยังไม่ยาวเพียงพอ หรือค่าพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้สูงมาก ซึ่งเป็นรูปแบบที่พบได้ในงานวิจัยด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพหลายการศึกษา เมื่อพิจารณาในภาพรวม ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานเชิงทฤษฎีที่ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องสนับสนุนปัจจัยอื่น ๆ มากกว่าการทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเสริมสร้างความสามารถในการกำกับตนเองผ่านหน้าที่บริหารจัดการของสมอง ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมระหว่างความตั้งใจกับการปฏิบัติจริง[15]

ดังนั้น โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่บูรณาการแนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีศักยภาพสูงในการนำไปใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งในด้านการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพ การลดความดันโลหิต และการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ไปใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูง ใน รพ.สต.อื่นได้

2. หน่วยบริการนำโปรแกรมที่บูรณาการแนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (EF) ไปปรับใช้ในคลินิกกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และสามารถลดการรับประทานยาได้

3. บุคลากรสาธารณสุขสามารถใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นเป็นเป็นเครื่องมือมาตรฐาน ในการคัดกรองและประเมินผลการปรับพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน

4. ควรนำรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน หรือโรคอ้วน ซึ่งต้องการการควบคุมตนเองที่สูงเช่นกัน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย ขอบคุณผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี วังสมบูรณ์ ที่ให้เก็บข้อมูลเบื้องต้นตลอดจนกลุ่มตัวอย่าง ทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการประยุกต์แนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมองร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงความดันโลหิตสูงอย่างเต็มใจ จนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจศึกษา และเพื่อเป็นแนวทาง

ในการนำโปรแกรมที่บูรณาการแนวคิดหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (EF) ไปปรับใช้ในคลินิกกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และสามารถลดการรับประทานยาได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565). กรมควบคุมโรคแนะประชาชนใส่ใจสุขภาพวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอป้องกันโรคความดันโลหิตสูง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565 [สืบค้นเมื่อ 2566 ม.ค. 22]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=25290&deptcode=brc&news_views=294
2. กรรณิการ์ เงินดี.(2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา.
3. ประเสริฐ วันดี.(2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความดันโลหิตสูงของประชาชนจังหวัดเชียงราย. ใน: การนำเสนอบทความวิชาการ “คลังปัญญาเชียงราย”.
4. สิชล ทองมา, วารี กังใจ, สหัทยา รัตนจรณะ.(2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความยืดหยุ่นต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2564;16(2):139-48.
5. สุชัย สุรพิชญ์พงศ์, ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา, ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์.(2562). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความคิดด้านการรับรู้และการจำขณะปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารจิตวิทยา. 2562;19(1).
6. สุทธิ ณิรินทร์รดา.(2022). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลักหมื่น อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน. Thaksin Univ Online J (TSU OJ). 2022;ESHE-30.
7. Moonsarnand S, Sumpowthong K.(2016). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2016;11(1):87-98.
8. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.(2565). หน้าที่บริหารจัดการของสมอง (EF) กับการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
9. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A.(2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91.
10. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control.(2019). Annual report 2019: Non-communicable diseases surveillance. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
11. Diamond A.(2013). Executive functions. Annu Rev Psychol. 2013;64:135-68. doi:10.1146/annurev-psych-113011-143750.
12. Hofmann W, Schmeichel BJ, Baddeley AD.(2012). Executive functions and self-regulation. Trends Cogn Sci. 2012;16(3):174-80.
13. Dixon ML.(2015). Cognitive control, emotional value, and the lateral prefrontal cortex. Front Psychol. 2015;6:758.
14. Rosenstock IM.(1974). Historical origins of the health belief model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328-35.
15. Miller AS, Maricle DE, Mayfield JW.(2011). Executive functions and health behaviors. In: Goldstein S, Naglieri JA, editors. Handbook of executive functioning. New York: Springer Science & Business Media.

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชา

A causal relationship model of preventive behaviors against corona Virus infection in Thai-Cambodian border special economic zone.

(Received: March 14,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 24,2026)

วรรณพร พงษ์ไกรกิตติ[1] พูลพงศ์ สุขสว่าง[2] ยุทธนา จันทะขิน[3]
Wannaporn Pongkaikitti[1] , Poonpong Suksawang[2] , Yoottana Janthakhin[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2) ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส โคโรนาในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชาที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และ 3) เปรียบเทียบโมเดลความสัมพันธ์ เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนากับกลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาและกลุ่มที่ไม่ได้รับป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้น ทำการศึกษากับประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง อาศัยอยู่ในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชา ได้แก่ จังหวัดสระแก้ว และจังหวัดตราด โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจาก 15 เท่าของตัวแปรสังเกตได้ จำนวน 600 คน การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชาที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้โปรแกรม Jamovi

ผลการวิจัยพบว่า 1) โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย – กัมพูชา มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ 2) เจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ส่งผ่านความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 3) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ส่งผ่านความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 4) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนามีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา และมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ส่งผ่านความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา และ 5) โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาและกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้นแตกต่างกัน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกัน; ไวรัสโคโรนา; เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชา

Abstract

This survey research aimed to develop a causal model of coronavirus infection prevention behavior in the Thai-Cambodian border special economic zones, examine the fit of the developed causal model with empirical data, and compare the causal model of coronavirus infection prevention behavior with groups that received the coronavirus vaccine and those that did not. The study was conducted on 600 individuals aged 20

[1] นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, Corresponding author: วรรณพร พงษ์ไกรกิตติ Email: Wannaporn.apple@gmail.com
[2] รองศาสตราจารย์ ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

years and older, both male and female, residing in the Thai-Cambodian border special economic zones, specifically in Sa Kaeo and Trat provinces. The sample size was calculated as 15 times the observed variable. Basic statistical analysis, including correlation coefficients between observed variables, and the fit of the developed causal model with empirical data were performed using the Jamovi software.

The results showed that: 1) The causal model of coronavirus infection prevention behavior in the Thai-Cambodian border special economic zones was consistent with empirical data; 2) Attitudes towards coronavirus infection prevention behavior had an indirect positive influence on the behavior, transmitted through intention to practice the behavior; and 3) Conformity to reference groups had an indirect positive influence on coronavirus infection prevention behavior. The study found that: 4) Perceived ability to control coronavirus infection prevention behavior has a direct influence on coronavirus infection prevention behavior and a positive indirect influence on coronavirus infection prevention behavior, transmitting intention to engage in coronavirus infection prevention behavior; and 5) A causal relationship model showed differences between groups that received the coronavirus vaccine and groups that did not receive a booster dose of the coronavirus vaccine.

Keywords: Preventive behaviors; Coronavirus; Thai-Cambodian border special economic zone

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่คุกคามต่อสุขภาพของคน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการเมืองในประเทศหรือในบริเวณที่มีการพบ ผู้ติดเชื้อ โดยในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาได้เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง และล่าสุดในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 ที่พบการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่องค์การอนามัยโลกใช้ชื่อเรียกอย่าง เป็นทางการว่า“โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” หรือ “โควิด-19” เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ซึ่งมีการค้นพบครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑล หูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 และองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 และยกระดับให้เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลกในวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2563[1]

สำหรับประเทศไทยนั้น มีการระบาดยังอยู่ในวงจำกัดได้โดยมีผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 3,569 ราย และยืนยันการเสียชีวิต จำนวน 59 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้อยู่ที่ ร้อยละ 1.65 ซึ่งมีผู้ป่วยยืนยันอยู่ลำดับที่ 138 ของโลก และลำดับที่ 10 ของเอเชีย ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 อีกทั้งยังเป็นประเทศแรกที่พบผู้ป่วยนอกประเทศที่มีการระบาด เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 และในปัจจุบันประเทศไทยมียอดผู้ป่วยสะสม จำนวน 4,463,557 ราย ยืนยันการเสียชีวิต 30,143 ราย คิดเป็นอัตราชีวิตจากโรคนี้อยู่ที่ร้อยละ 0.68 ซึ่งมีผู้ป่วยยืนยันอยู่ลำดับที่ 31 ของโลก และลำดับที่ 12 ของเอเชีย[2] การแพร่ระบาดของโรคมีมักเกิดขึ้นจากการเดินทางของประชาชนไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ทั้งในประเทศและพื้นที่ชายแดน

เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชา เป็นตลาดการค้าชายแดนตลาด ประกอบไปด้วย จังหวัดสระแก้ว และจังหวัดตราด ด้วยการพัฒนาเขตเศรษฐกิจชายแดน และเมืองชายแดน จึงทำให้มีการเดินทาง เข้า–ออกของประชาชนทั้งสองประเทศเป็นจำนวนมาก[3] ผ่านทางจุดผ่านแดนถาวรและจุดผ่อนปรนต่าง ๆ ในพื้นที่ของจังหวัดสระแก้ว และจังหวัดตราด พบว่ามีอัตรา ของการเดินทางของประชาชนที่เข้า–ออกระหว่าง สองประเทศวันละไม่ต่ำกว่า 2,000 ราย[4] ทำให้มีประชาชนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อและอาจก่อให้เกิดการระบาด ใหญ่อีกครั้ง ในปัจจุบันรูปแบบ

ของการระบาดในระลอกใหม่ เริ่มเปลี่ยนแปลงจากการระบาดเป็นกลุ่มก้อน มาเป็น การติดเชื้อภายในครัวเรือนหรือผู้สัมผัสใกล้ชิด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัสผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ ดังนั้นรูปแบบการควบคุมโรคต้องมีความรวดเร็ว สามารถควบคุมการแพร่เชื้อแบบกลุ่มก้อน หรือในฝูงชน แออัด ดังนั้นในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งสภาพแวดล้อม โรคอุบัติใหม่ และพฤติกรรมการใช้ชีวิตอย่างฉับพลัน ความหมายของ“New Normal”เป็นการเรียนรู้วิถีชีวิตปกติรูปแบบใหม่เพื่อป้องกันตนเองและผู้อื่นคนที่ยัง ไม่ติดก็จะระวังตัวมีการสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือให้ถูกต้อง ไม่เอามือไปสัมผัสบริเวณใบหน้า มีระยะห่าง ทางสังคม (Social Distancing) แม้ว่าสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ในประเทศไทยจะควบคุมได้ดีสิ่งที่อาจเกิดหลังจากที่เริ่มผ่อนปรนทุกอย่างแล้ว คือการละเลยการป้องกันตนเอง หากปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันอย่างต่อเนื่องจะช่วยยับยั้งการระบาดได้[5]

ผลการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา แม้ว่าในสถานการณ์ปัจจุบันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาจะสามารถควบคุมและลดอัตราการเสียชีวิตได้แล้วนั้น แต่ก็ถือว่ามีโอกาสที่จะ เกิดโรคนี้ระบาดเพิ่มขึ้นได้ตลอดเวลา เนื่องจากในปัจจุบันการคมนาคมทั่วโลกมีความสะดวกสบาย และ รวดเร็วทำให้การแพร่กระจายของเชื้อโรครวดเร็วไปด้วย จากมูลเหตุดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ เป็นสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในประชาชน โดยนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่ออธิบาย และทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา และเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในกลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัส โคโรนาและกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนากับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาความสอดคล้องของข้อมูล และนำผลการวิจัยที่ได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของประชาชนให้ถูกต้อง ตลอดจนใช้เป็นแนวทาง ในการกำหนดมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคที่อาจเกิดการระบาดเพิ่มขึ้นในอนาคต เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

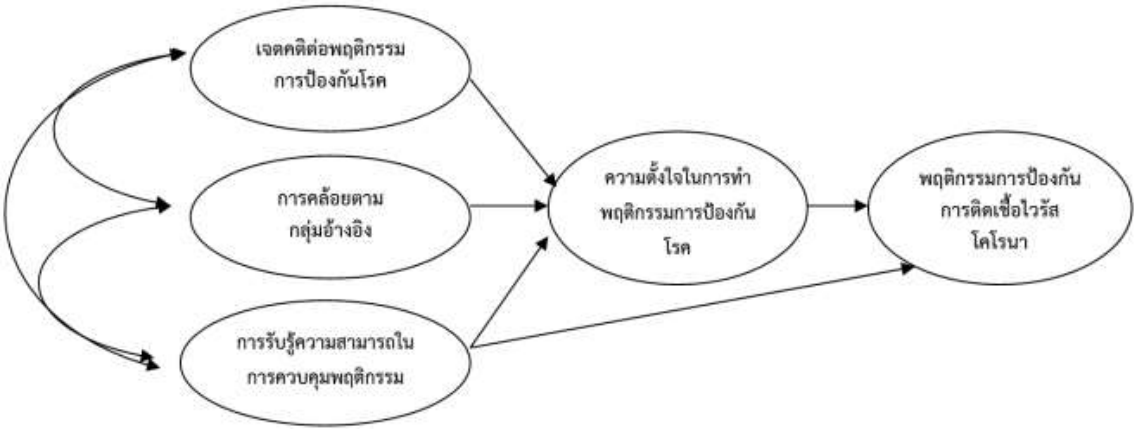
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา ในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชา
2. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนาในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชาที่พัฒนาขึ้น กับข้อมูลเชิงประจักษ์
3. เพื่อเปรียบเทียบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชากับกลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา และกลุ่มที่ไม่ได้รับป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยการพัฒนากรอบแนวคิดทางการวิจัยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) [6] เกิดจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้านได้แก่ 1. ความเชื่อเกี่ยวกับผลลัพธ์ของพฤติกรรมที่น่าจะเกิดขึ้น ทำให้เกิดเจตคติต่อพฤติกรรม(Attitude Toward Behavior) 2. ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังทำให้เกิด แรงจูงใจของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) และ 3. ความเชื่อว่ามีปัจจัยที่จะสนับสนุน การกระทำพฤติกรรมและรับรู้ว่าสามารถควบคุมพฤติกรรมนั้นได้ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถควบคุม พฤติกรรม (Perceive

Behavior Control) ทำให้เห็นว่าเจตนาเชิงพฤติกรรมหรือความตั้งใจของบุคคลที่จะ กระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดๆ จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมนั้นซึ่งความเชื่อทั้ง 3 ประการนี้มีอิทธิพลต่อ ความตั้งใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม ดังนั้นทฤษฎีดังกล่าวมีความสอดคล้องและเหมาะสมที่จะใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโค โรนา โดยศึกษาตัวแปรทุกตัวตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ซึ่งประกอบด้วย เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการทำพฤติกรรมที่ส่งผลร่วมกันต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ สามารถนำเสนอเป็นกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประชากรและขนาดตัวอย่าง

ประชากร เป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง อาศัยอยู่ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ ชายแดนไทย-กัมพูชา ได้แก่ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 320,744 คน[7] (ฐานข้อมูลสุขภาพจังหวัดสระแก้ว Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ 2566) และจังหวัดตราด จำนวน 130,085 คน[8] รวม 450,829 คน

ขนาดตัวอย่าง เป็นประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง อาศัยอยู่ ในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชา ได้แก่ จังหวัดสระแก้ว และจังหวัดตราด โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจาก 15 เท่าของตัวแปรสังเกตได้[9] จำนวน 600 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในดการวิจัย คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ จังหวัดที่อาศัยอยู่ ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา และประวัติการป่วยด้วยการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา

ตอนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับเจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา จำนวน 20 ข้อ รูปแบบคำตอบเป็นแบบ มาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1 ถึง 5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด การแปลผลเจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา จะใช้รูปแบบค่าเฉลี่ย โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับเจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกัน คะแนนเฉลี่ย

ระดับน้อยที่สุด1.00 - 1.49 คะแนนระดับน้อย 1.50 - 2.49 คะแนนระดับปานกลาง 2.50 - 3.49 คะแนนระดับมาก 3.50 - 4.49 และคะแนนระดับมากที่สุด 4.50 - 5.00

ตอนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงจำนวน 15 รูปแบบคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1 ถึง 5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด การแปลผลการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง จะใช้รูปแบบค่าเฉลี่ย โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยระดับน้อยที่สุด1.00 - 1.49 คะแนนระดับน้อย 1.50 - 2.49 คะแนนระดับปานกลาง 2.50 - 3.49 คะแนนระดับมาก 3.50 - 4.49 และคะแนนระดับมากที่สุด 4.50 - 5.00

ตอนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา จำนวน 20 ข้อ รูปแบบคำตอบเป็นแบบ มาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1 ถึง 5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด การแปลผลการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมจะใช้รูปแบบค่าเฉลี่ย โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม คะแนนเฉลี่ยระดับน้อยที่สุด 1.00 - 1.49 คะแนนระดับน้อย 1.50 - 2.49 คะแนนระดับปานกลาง 2.50 - 3.49 คะแนนระดับมาก 3.50 - 4.49 และคะแนนระดับมากที่สุด 4.50 - 5.00

ตอนที่ 5 ข้อคำถามเกี่ยวกับความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา จำนวน 20 ข้อ รูปแบบคำตอบเป็นแบบ มาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1 ถึง 5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด การแปลผลความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันจะใช้รูปแบบค่าเฉลี่ย โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันคะแนนเฉลี่ยระดับน้อยที่สุด1.00 - 1.49 คะแนนระดับน้อย 1.50 - 2.49 คะแนนระดับปานกลาง 2.50 - 3.49 คะแนนระดับมาก 3.50 - 4.49 และคะแนนระดับมากที่สุด 4.50 - 5.00

ตอนที่ 6 ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาจำนวน 20 ข้อ รูปแบบคำตอบเป็นแบบ มาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1 ถึง 5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด การแปลผลพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาจะใช้รูปแบบค่าเฉลี่ย โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา คะแนนเฉลี่ยระดับน้อยที่สุด 1.00 - 1.49 คะแนนระดับน้อย 1.50 - 2.49 คะแนนระดับปานกลาง 2.50 - 3.49 คะแนนระดับมาก 3.50 - 4.49 และคะแนนระดับมากที่สุด 4.50 - 5.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรค แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) เท่ากับ 0.90 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชาชนในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชา จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยแบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้

ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.81, 0.88, 0.75, 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย ข้อมูลเจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณา และให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการได้รับและพิจารณา วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2567 เลขที่การรับรอง IRB4-060/2567

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.30 อายุ 30 -39 ปี ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 74.70 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 36.20 อาชีพรับจ้างงานอิสระ ร้อยละ 46.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 45.70 จังหวัดที่อยู่อาศัยอยู่ในจังหวัดสระแก้ว ร้อยละ 50.00 มีประวัติการป่วยด้วยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ร้อยละ 61.3 เคยได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ร้อยละ 92.7 ตามลำดับ

2. การวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา ในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชา

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา

ตัวแปรผล	**ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (INT)**			**พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(BEH)**		
ตัวแปรสาเหตุ	TE	IE	DE	TE	IE	DE
เจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (ATT)	.33**	-	.33**	.24**	.24**	-
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (NORM)	.39**	-	.39**	.29**	.29**	-
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(BPER)	.19*	-	.19*	.36**	.14*	.22*
ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(INT)	-	-	-	.74**	-	.74**

หมายเหตุ *p < .05 , **p < .01

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา พบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (ATT) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (NORM) และ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (BPER) มีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (INT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลรวมสูงที่สุด คือการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (TE = .33, $p < .01$) รองลงมาคือเจตคติต่อพฤติกรรม (TE = .33, $p < .01$) และ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (TE = .19, $p < .05$)

สำหรับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (BEH) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสูงที่สุด คือ ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (INT) มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา เท่ากับ (DE = .74, $p < .01$) รองลงมา คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (BPER) มีอิทธิพลโดยรวมเท่ากับ (TE = .36, $p < .01$) โดยมีอิทธิพลทางตรงเท่ากับ (DE = .22, $p < .05$) และอิทธิพลทางอ้อมผ่านความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา เท่ากับ (IE = .14, $p < .05$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (NORM) มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา เท่ากับ (IE = .29, $p < .01$) และเจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (ATT) มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา เท่ากับ (IE = .24, $p < .01$)

2. ความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนาในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชาที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ตารางที่ 2 ผลการตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องของโมเดลที่พัฒนาขึ้นกับเกณฑ์ที่กำหนด

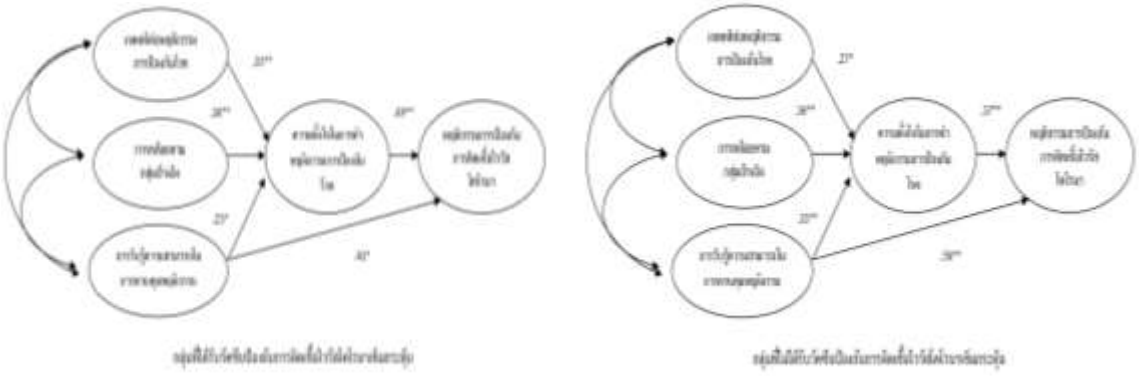
ดัชนีความสอดคล้องของโมเดลที่พัฒนาขึ้น	เกณฑ์	ค่าที่ได้	ผลการตรวจสอบ
Relative Chi-square	< 5	3.62	ผ่านเกณฑ์
CFI	> 0.94	0.976	ผ่านเกณฑ์
TLI	> 0.94	0.960	ผ่านเกณฑ์
SRMR	< 0.08	0.032	ผ่านเกณฑ์
RMSEA	< 0.08	0.066	ผ่านเกณฑ์

ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชาที่ปรับเป็นโมเดลที่พัฒนาขึ้น ปรากฏว่าโมเดลที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากดัชนีความสอดคล้องของโมเดล ด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square) เท่ากับ 224.640 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 62 ประกอบกับ ค่าอัตราส่วนไคสแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-square: χ^2/df) เท่ากับ 3.62 ค่าดัชนีวัดความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) มีค่าเท่ากับ 0.976 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ Tucker–Lewis (TLI) เท่ากับ 0.960 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือมาตรฐาน (Standardized Root Mean Square Residual: SRMR) เท่ากับ 0.032 และค่าความคาดเคลื่อนใน

การประมาณค่าพารามิเตอร์ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) เท่ากับ 0.066

3. เพื่อเปรียบเทียบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชากับกลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาและกลุ่มที่ไม่ได้รับป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้น

ผลการเปรียบเทียบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชาระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้รับกับได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ประกอบด้วย 2 โมเดล ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชา กับกลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา

จากภาพที่ 1 การวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชากลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาและกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา พบว่าโครงสร้างโมเดลทั้ง 2 กลุ่มเหมือนกัน แต่มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลแตกต่างกัน (Path Coefficient) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวมทางตรงและทางอ้อมของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชากลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้นกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้น

ตัวแปรผล	**ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (INT)**		**พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (BEH)**	
ตัวแปรสาเหตุ	TE กระตุ้น	TE ไม่กระตุ้น	TE กระตุ้น	TE ไม่กระตุ้น
เจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (ATT)	.33**	.27*	.16	.10
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (NORM)	.34**	.36**	.17*	.13**
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส	.23*	.33**	.52**	.70**

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวมทางตรงและทางอ้อมของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชากลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้นกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้น

ตัวแปรผล	ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (INT)		พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (BEH)	
โคโรนา (BPER)				
ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (INT)	-	-	.49**	.37**
R-Square	.649	.811	.676	.844
ดัชนีตรวจสอบความสอดคล้องของกลุ่มที่ได้รับเข็มกระตุ้น				
Chi-Square=133.042 df=69 Relative Chi-Square=1.93 CFI=.963 TLI=.944 SRMR=.042 RMSEA=.056				
ดัชนีตรวจสอบความสอดคล้องของกลุ่มที่ไม่ได้รับเข็มกระตุ้น Chi-Square=178.670 df=65 Relative Chi-Square=2.75 CFI=.970 TLI=.952 SRMR=.042 RMSEA=.076				

หมายเหตุ *p < .05 , **p < .01

จากตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวมทางตรงและทางอ้อมของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชากลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้นกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้น พบว่า

1. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชากับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้นที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากดัชนีความสอดคล้องของโมเดล ดังนี้ ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square) เท่ากับ 178.670 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 65 ประกอบกับค่าอัตราส่วนไคสแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-square: χ^2/df) เท่ากับ 2.75 ค่าดัชนีวัดความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) มีค่าเท่ากับ 0.970 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ Tucker–Lewis (TLI) เท่ากับ 0.952 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือมาตรฐาน (Standardized Root Mean Square Residual: SRMR) เท่ากับ 0.042 และค่าความคาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) เท่ากับ 0.076 และเมื่อพิจารณาตัวแปรในโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชากับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้นที่ปรับเป็นโมเดลที่พัฒนาขึ้น พบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (ATT) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (NORM) และ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (BPER) มีอิทธิพลทางตรงต่อ ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (INT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลรวมสูงที่สุด คือการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (TE = .36, p < .01) รองลงมาคือการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (TE = .33, p < .05) และเจตคติต่อพฤติกรรม (TE = .27, p < .05) สำหรับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (BEH) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสูงที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (BPER) มีอิทธิพลโดยรวม เท่ากับ (TE = .70,

$p < .05$) โดยมีอิทธิพลทางตรง เท่ากับ (DE = .58, $p < .01$) และอิทธิพลทางอ้อมผ่านความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา เท่ากับ (IE = .12, $p < .05$) เจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (ATT) มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา เท่ากับ (IE = .10, $p < .05$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (NORM) มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส โคโรนา เท่ากับ (IE = .13, $p < .05$) และความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (INT) มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา เท่ากับ (DE = .37, $p < .01$)

2. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน ไทย – กัมพูชากับกลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยพิจารณาจากดัชนีความสอดคล้องของโมเดล ดังนี้ ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square) เท่ากับ 133.042 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 69 ประกอบกับค่าอัตราส่วนไคสแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-square: χ^2/df) เท่ากับ 1.93 ค่าดัชนีวัดความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) มีค่าเท่ากับ 0.963 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ Tucker–Lewis (TLI) เท่ากับ 0.944 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือมาตรฐาน (Standardized Root Mean Square Residual: SRMR) เท่ากับ 0.042 และค่าความคาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) เท่ากับ 0.056 เมื่อพิจารณาตัวแปรในโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชากับกลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่ปรับเป็นโมเดลที่พัฒนาขึ้น พบว่าเจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (ATT) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (NORM) และ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (BPER) มีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (INT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลรวมสูงที่สุด คือการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (TE = .34, $p < .05$) รองลงมาคือเจตคติต่อพฤติกรรม (TE = .33, $p < .05$) และ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (TE = .23, $p < .05$) สำหรับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (BEH) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสูงที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (BPER) มีอิทธิพลโดยรวม เท่ากับ (TE = .52, $p < .05$) โดยมีอิทธิพลทางตรง เท่ากับ (DE = .41, $p < .05$) และอิทธิพลทางอ้อมผ่านความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา เท่ากับ (IE = .11, $p < .05$) เจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (ATT) มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา เท่ากับ (IE = .16, $p < .05$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (NORM) มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส โคโรนา เท่ากับ (IE = .17, $p < .05$) และความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (INT) มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา เท่ากับ (DE = .49, $p < .05$)

3. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย-กัมพูชากับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้น และ

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย – กัมพูชากับกลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา มีความแตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย – กัมพูชา มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และตัวแปรส่วนใหญ่สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) สามารถนำผลการวิจัยมาอภิปรายตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย – กัมพูชา มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส โคโรนา โดยส่งผลในทิศทางบวก แสดงว่า ประชาชนที่มีความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาด้วยเช่นกัน การที่ประชาชนความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมืออย่างถูกวิธี และการเว้นระยะห่างทางสังคม ย่อมทำพฤติกรรมดังกล่าวในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องด้วย โดยพฤติกรรมเป็นผลมาจากเจตนาที่จะทำหรือไม่ทำของประชาชน อยู่ภายใต้การควบคุมของประชาชนเองมิได้ถูกกำหนดโดยอารมณ์หรือขาดการพิจารณาก่อนที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB)[6] กล่าวว่าความตั้งใจ (Behavioral Intention) เป็นตัวแปรที่ใช้ทำนายพฤติกรรม (Behavior) โดยความตั้งใจจะสะท้อนแรงจูงใจ (motivation) ความพยายาม (effort) และความมุ่งมั่น (commitment) ของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง หากบุคคลมีความตั้งใจสูง ทำให้มีแนวโน้มสูงที่จะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมนั้นจริง สอดคล้องกับความตั้งใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมเชิงป้องกัน (Preventive Behaviors) โดยเฉพาะพฤติกรรมที่บุคคลสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง เช่น การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค ความตั้งใจทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการทางความคิด เช่น ทัศนคติ บรรทัดฐานทางสังคม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับการแสดงพฤติกรรมจริง กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีระดับความตั้งใจสูง ย่อมเพิ่มความเป็นไปได้ที่จะกระทำพฤติกรรมตามเป้าหมาย[10]

ทั้งนี้เจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา มีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ส่งผ่านความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา แสดงว่าประชาชนมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา เชื่อว่าพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ และมีความเชื่อว่ายิ่งมีประโยชน์ต่อตนเองมากเท่าใด จะส่งผลให้มีความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเพิ่มมากขึ้น และจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนามากขึ้นเท่านั้น ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมที่กล่าวว่า เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) เป็นหนึ่งในปัจจัยที่กำหนดความตั้งใจ (behavioral intention) โดยบุคคลจะประเมินผลดี และผลเสียของพฤติกรรมผ่านความเชื่อเกี่ยวกับผลลัพธ์ (Behavioral beliefs)[6] หาก

ประเมินแล้วพบว่าพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลดีให้ประโยชน์และลดความเสี่ยง จะก่อให้เกิดเจตคติเชิงบวก และนำไปสู่ความตั้งใจที่หนักแน่นที่จะทำพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมเชิงป้องกัน (Preventive behaviors) เป็นพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้การควบคุมโดยสมัครใจ (Volitional behaviors) กล่าวคือ บุคคลสามารถเลือกที่จะทำหรือไม่ทำได้ เช่น การสวมหน้ากาก การฉีดวัคซีน การออกกำลังกาย หรือการหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด พฤติกรรมเหล่านี้ไม่ใช่พฤติกรรมอัตโนมัติ[10,11] แต่ต้องผ่านกระบวนการตัดสินใจและการควบคุมตนเอง ดังนั้น ความตั้งใจจึงเป็นกลไกสำคัญที่แปลงเจตคติหรือความเชื่อไปสู่การกระทำของบุคคลต่อพฤติกรรม เจตคติสะท้อนการประเมินค่า ส่วนความตั้งใจสะท้อนความมุ่งมั่นที่จะลงมือทำ

นอกจากนี้การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ส่งผ่านความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา แสดงว่าประชาชนมีความเชื่อหรือเห็นคล้อยตามครอบครัว สื่อและผู้มีชื่อเสียง ที่ต้องการจะให้ทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา และการปฏิบัติให้เห็นเป็นแบบอย่างที่ดีก็จะทำให้เกิดแรงจูงใจมากพอให้เกิดพฤติกรรมในการเลียนแบบหรือทำตามได้ เป็นผลทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของงานวิจัย ตามทฤษฎีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm: SN)[6] หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าบุคคลสำคัญหรือกลุ่มบุคคลที่มีความหมายต่อตน (significant others) คาดหวังให้ตนกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง เกิดจากองค์ประกอบ 2 ส่วน ได้แก่ ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลสำคัญ เช่น ครอบครัว เพื่อน ผู้นำชุมชน หรือผู้เชี่ยวชาญ และระดับแรงจูงใจของบุคคลที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังนั้น โดยบุคคลจะพิจารณาว่า คนที่ฉันให้ความสำคัญต้องการให้ฉันทำหรือไม่ และต้องการทำตามความคาดหวังนั้นมากเพียงใด[12] หากทั้งสององค์ประกอบอยู่ในระดับสูง จะส่งผลให้การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสูงขึ้น และเพิ่มระดับความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผู้วิจัยค้นพบ คือ ตัวแปรการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยส่งผ่านความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา[13]

อย่างไรก็ตามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา และมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ส่งผ่านความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา เนื่องจากประชาชนมีการรับรู้ว่าพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย สามารถรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา จากทักษะของบุคคล และความสามารถของตนเอง ผลการวิจัยเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรม[6] กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control: PBC) มีบทบาทที่สำคัญ 2 ลักษณะ ได้แก่ ประการแรก การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อความตั้งใจ (behavioral intention) กล่าวคือ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถและสามารถจัดการกับอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมได้ ความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมนั้นจะเพิ่มสูงขึ้น ประการที่สอง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรม เมื่อบุคคลรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ มีทรัพยากร โอกาส หรือ

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมเหล่านั้นย่อมสามารถเกิดขึ้นได้โดยตรง[14]

2. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาและกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้นแตกต่างกัน ผลจากการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย – กัมพูชา ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) [6] พบว่าโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้นและกลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ทั้งในด้านขนาดอิทธิพลทางตรง (DE) อิทธิพลทางอ้อม (IE) และอิทธิพลรวม (TE) แม้ทั้งสองโมเดลจะประกอบด้วยตัวแปรเดียวกัน ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (ATT) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (NORM) [15] การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (BPER) ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (INT) และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (BEH) แต่มีกลไกในการขับเคลื่อนพฤติกรรมแตกต่างกัน โดย

2.1) กลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย – กัมพูชากลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (NORM) มีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (INT) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (INT) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (BEH) สูงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรสาเหตุอื่นในโมเดล แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของกลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาถูกขับเคลื่อนผ่านกระบวนการความตั้งใจเป็นกลไกหลัก ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB)[6] อธิบายว่าความตั้งใจเป็นตัวแปรที่ใกล้ชิดกับพฤติกรรมมากที่สุด (The most proximal determinant of behavior) และทำหน้าที่เป็นกลไก.ในการถ่ายทอดอิทธิพลจากปัจจัยด้านเจตคติ บรรทัดฐานทางสังคม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมไปสู่การกระทำจริง โดยเฉพาะบุคคลที่มีทรัพยากร โอกาส และสถานการณ์ที่เอื้ออำนวย พฤติกรรมจะเกิดขึ้นผ่านการตัดสินใจเชิงเหตุผลเป็นสำคัญ และการที่การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนามากที่สุด[(16)] สะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน ผู้นำชุมชน และหน่วยงานท้องถิ่น มีบทบาทสำคัญในการกำหนดความตั้งใจของบุคคล ต่อการตัดสินใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญ

2.2) กลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้น ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนไทย – กัมพูชากลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้น พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (NORM) มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(INT) อย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกับกลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา แต่ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (BEH)[17] มากที่สุดคือ การรับรู้ความสามารถในการ

ควบคุมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (BPER) โดยมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านความตั้งใจในการทำพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สอดคล้องกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control: PBC) [6] มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรม หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมควบคุมสูง และมีทรัพยากรหรือโอกาสที่เพียงพอ พฤติกรรมสามารถเกิดขึ้นได้โดยไม่จำเป็นต้องผ่านกระบวนการตั้งใจ

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานสาธารณสุขมีการกำหนดมาตรการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาแบบจำแนกกลุ่ม (Targeted intervention) ตามสถานะการได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา เพื่อให้สอดคล้องกับกลไกการขับเคลื่อนพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

2. ควรมีการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรด้านการป้องกันโรคในพื้นที่ชายแดน เช่น การจัดสรรหน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ และจุดล้างมือในพื้นที่สาธารณะ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น ซึ่งจะช่วยในการควบคุมพฤติกรรมมีอิทธิพลสูงสุดต่อการกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค

3. กลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ควรเน้นการเสริมสร้าง ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมป้องกันโรค โดยการจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างความตระหนักและความรับผิดชอบต่อสังคม ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคคลต้นแบบเป็นกลุ่มอ้างอิงเชิงบวก มีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง

4. กลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้น ควรเน้นการเสริมสร้างศักยภาพในการควบคุมพฤติกรรม ได้แก่ ลดอุปสรรคด้านการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกัน ปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำพฤติกรรมป้องกันโรค เช่น จัดจุดล้างมือในตลาด ด่านชายแดน และสถานประกอบการ มีการบำรุงดูแลรักษาเพื่อการใช้งานที่คงทนถาวร

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงผ่านไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งจากกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วและจังหวัดตราด ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัย นอกจากนี้ขอขอบพระคุณอาจารย์ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา สำหรับการสนับสนุนและให้คำปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ตันสกุล และ สุวรรณา ปัตตะพัฒน์.(2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา. วารสารสภาสาธารณสุขชุมชน, 2564; 4(2) : 19-30.
2. กรมควบคุมโรค.(2563). รายงานประเมินความเสี่ยง กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. รายงานฉบับที่ 13 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน; 2563. หน้า 1-5.
3. เจษฎา ความคุ้นเคย และชวลีย์ ณ ถลาง.(2565). การศึกษาส่วนประสมทางการตลาดของการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมกลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์, 2565; 8(3) : 65-72.

4. วัชร์ชัยนันท์ เหล่าทัศน์, กิตติพงษ์ เกียรติวัชรชัย, เสน่ห์ จุ้ยโต และจุมพล หนิมพานิช.(2565). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปสู่การปฏิบัติ: กรณีศึกษาจังหวัดสระแก้ว. วารสารการเมืองการปกครอง, 2565; 12(3) : 94-111.
5. วิชัย ศรีษะเกษ, สัญญา เคณาภูมิ, และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร. (2565). วิกฤตโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างไร. วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์, 2565 ; 1(2), 111–126.
6. Ajzen, I.(1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 1991; 50(2) : 179–211.
7. สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว.(2567). [อินเทอร์เน็ต].สถานบริการสาธารณสุข.; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/7%20ppt_moph_SaKaeo.pdf
8. สาธารณสุขจังหวัดตราด.(2567). [อินเทอร์เน็ต].สถานบริการสาธารณสุข.; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2568ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://trat.gdcatalog.go.th/dataset/ac857312-b17e-41f6-b708-2c925764cbdc.
9 Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E.(2010). Multivariate data analysis: A global perspective (7th ed.). Pearson Education; 2010.
10. Conner, M., & Norman, P.(2005). Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models (2nd ed.). Open University Press; 2005.
11. Armitage, C. J., & Conner, M.(2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. British Journal of Social Psychology, 2001; 40(4), 471–499.
12. มณีรัตน์ แสงบุญไทย, สุขุมาล เกิดนอก และวรญา โรจนาปภาพร. (2565). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตั้งใจซื้ออาหารออร์แกนิคของผู้บริโภคในประเทศไทย. Journal of Arts Management, 2565 ;6(2), 621-636.
13. เกศสุดา ขาวสร้อย, สมจิตร ยาใจ, วิรัตน์ ขาวสร้อย และคณะ.(2565). ความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด-19 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 2565 ; 39(4), 466-474.
14. Capraro, V., & Barcelo, H.(2021). The effect of messaging and gender on intentions to wear a face covering to slow down COVID-19 transmission. Journal of Behavioral Economics for Policy, 2021 ; 5(S2), 45–55.
15. Williams, L., Rasmussen, S., Kleczkowski, A., Maharaj, S., & Cairns, N.(2021). Preventive behaviors during the COVID-19 pandemic: Associations with perceived behavioral control, attitudes, and subjective norm. Frontiers in Public Health, 2021 ; 9(1), 1-17.
16. Bui, H. N., Duong, C. D., & Vu, T. N.(2023). Utilizing the theory of planned behavior to predict COVID-19 vaccination intention: A structural equation modeling approach. Heliyon, 2023 ; 9(6), 1-15.
17. Haque, M. N. & Sharif, M. P.(2024). (Vaccine adherence and behavioral changes of adults regarding prevention of COVID-19: A community survey using the theory of planned behavior. Journal of Population and Social Studies, 2024 ; 32, 160–169.

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

(The Development of Cognitive and Behavioral Modification Model for Drug Addicts with High-Risk Violent Behavior (SMI-V) in Khlong Luang Pathum Thani Province)

(Received: March 14,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 24,2026)

สุภาพรรณ วงศ์เสาร์
Supapan Wongsao

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรง พฤติกรรมการใช้ความรุนแรง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 94 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกภาคีเครือข่าย จำนวน 15 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบโดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วม (AIC) และแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) แนวคิด CBTx การจัดการรายกรณี (Case Management) และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพบพลาว (Peplau's Interpersonal Relations Theory) และระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้น แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) แบบประเมินทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรง แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=22.31$, $p<.01$) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-21.44$, $p<.01$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.72$, $p<.01$) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-6.55$, $p<.01$) และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-14.06$, $p<.001$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า หลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองมีทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงและพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม, ผู้ป่วยยาเสพติด, พฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to develop a cognitive and behavioral modification model for substance use disorder patients with a high risk of violent behavior (SMI-V) and to examine the effectiveness of the developed model on attitudes toward violence, violent behaviors, and quality of life among substance use disorder patients. The study was conducted in three phases. Phase 1 involved a situational analysis of 94 substance use disorder patients with a high risk of violent behavior (SMI-V) in Khlong Luang District, Pathum Thani Province, and in-depth interviews with 15 community health network stakeholders. Phase 2 focused on developing the model based on findings from Phase 1 using the Appreciation–Influence–Control (AIC) participatory process and integrating the Cognitive Behavioral Therapy (CBT) approach, the CBTx concept, Case Management, and Peplau's Interpersonal Relations Theory. Phase 3 evaluated the effectiveness of the model among 60 substance use disorder patients selected by purposive sampling and divided into an experimental group and a comparison group (30 participants per group). Research instruments included the developed cognitive–behavioral modification model, the Predictive

Violence Severity Scale (PVSS), an attitude toward violence questionnaire, a violent behavior assessment, and a quality of life questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results showed that, after the intervention, the experimental group had significantly lower mean scores for attitudes toward violence than before the intervention (t=22.31, p< .01) and significantly lower than the comparison group (t=–21.44, p<.01). The experimental group also demonstrated significantly lower mean scores for violent behaviors than before the intervention (t=8.72, p<.01) and significantly lower than the comparison group (t = –6.55, p < .01). In addition, the experimental group had significantly higher mean scores for quality of life than before the intervention (t = –14.06, p < .001) and significantly higher than the comparison group (p<.001). These findings indicate that, after implementation of the developed model, the experimental group exhibited lower levels of violent attitudes and violent behaviors and a higher quality of life than the comparison group at a statistically significant level of .05.

Keywords : Cognitive and Behavioral Modification Model, Drug Addicts, High-Risk Violent Behavior (SMI-V)

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นความท้าทายสำคัญในระดับโลก เนื่องจากส่งผลกระทบในหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ และความมั่นคงทางสังคม โดยเฉพาะความสัมพันธ์เชิงซ้อนระหว่างการใช้สารเสพติดกับการก่ออาชญากรรมและพฤติกรรมรุนแรง รายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกของของ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) ปี ค.ศ. 2023 ระบุว่าอาชญากรรมร้ายแรงมากกว่าร้อยละ 35 มีความเกี่ยวข้องกับการใช้หรือการค้ายาเสพติด อาทิ คดีฆาตกรรม การทำร้ายร่างกาย และการล่วงละเมิดทางเพศ[1] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่ายาเสพติดมิได้เป็นเพียงปัญหาระดับปัจเจกบุคคล หากแต่เป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของสาธารณะ ความมั่นคงของชุมชน ระบบยุติธรรม และเสถียรภาพของสังคมโดยรวม

ประเทศไทยเผชิญกับการแพร่ระบาดของเมทแอมเฟตามีนอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีคดียาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ความรุนแรงมากกว่า 12,000 คดี และประมาณร้อยละ 25 ของคดีฆาตกรรมมีความเกี่ยวข้องกับยาเสพติด[2] เหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา เช่น กรณีกราดยิงศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดหนองบัวลำภู ปี พ.ศ. 2565 และเหตุการณ์กราดยิงในจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2563 ซึ่งมีรายงานว่าผู้ก่อเหตุมีประวัติการใช้สารเสพติดก่อนเกิดเหตุ สะท้อนบทบาทของสารเสพติดในฐานะปัจจัยกระตุ้นเมื่อผนวกกับปัจจัยด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมอื่น ๆ ในเชิงกลไกทางชีวภาพ สารเสพติดประเภทกระตุ้น เช่น เมทแอม-เฟตามีน โคเคน และ MDMA ส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การควบคุมอารมณ์ การยับยั้งพฤติกรรม และการตัดสินใจลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง งานวิจัยของ Darke และคณะ พบว่าผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนมีแนวโน้มใช้ความรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติดถึง 1.7 เท่า[3] ขณะเดียวกัน มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดมีความผิดปกติทางจิตร่วมด้วย[4] ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมที่เพิ่มโอกาสการเกิดพฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตขั้นรุนแรงร่วมกับพฤติกรรมความรุนแรง (Serious Mental Illness with Violence: SMI-V) ซึ่งมีโอกาสกระทำผิดซ้ำในระดับสูง

ในระดับพื้นที่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เป็นเขตเศรษฐกิจที่มีการขยายตัวรวดเร็วและมีประชากรแฝงจำนวนมาก ส่งผลให้ปัญหายาเสพติดมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับบริบทสังคมในพื้นที่ รายงาน ป.ป.ส. เขต 1 ปี พ.ศ. 256 พบว่าคดียาเสพติดเพิ่มขึ้นร้อยละ 18 และมากกว่าร้อยละ 40 ของคดีดังกล่าวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรง[2] แม้จะมีมาตรการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดดำเนินการอยู่ แต่แนวทางส่วนใหญ่มุ่งเน้นการลดหรือเลิกการใช้สารเสพติด ขณะที่การปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดและ

พฤติกรรมรุนแรงในกลุ่ม SMI-V ยังขาดรูปแบบบูรณาการที่ชัดเจนในระดับพื้นที่ จากช่องว่างดังกล่าว การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่บูรณาการแนวคิด Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ร่วมกับการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ระบบการจัดการรายกรณี และการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด จึงมีความจำเป็น เพื่อมุ่งลดพฤติกรรมรุนแรง ลดการกระทำผิดซ้ำ และสนับสนุนการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในชุมชนอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในเรื่องทัศนคติต่อการก่อความรุนแรง พฤติกรรมการควบคุมตนเองเพื่อลดการก่อความรุนแรง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติด

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีทัศนคติต่อการก่อความรุนแรงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research : PAR)) เนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูและทดลองใช้รูปแบบ ฯ ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ฯ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการในพื้นที่ชุมชนอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี การวิจัยดำเนินการภายหลังโครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี เมื่อวันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2568 ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน - ธันวาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 9 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรงในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดย

การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ

ประชากร (Population) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลคลองหลวงและค่ายบำบัดยาเสพติดในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 123 คน[5]

กลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) จำนวน 94 คน คำนวณจากสูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในกรณีประชากรจำกัดของ Cochran (1977) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การ

สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา ปัจจัยเสี่ยง และบริบทที่ส่งผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 คน ตำรวจ/ฝ่ายปกครอง 3 คน ผู้นำชุมชน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 3 คน ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย 3 คน ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อใช้เป็นฐานในการออกแบบรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ฯ และทดลองใช้รูปแบบ ฯ

กลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 กำหนดค่า Power = 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 Effect Size (d) = 0.70 อ้างอิงจากงานวิจัยของ Beck & Fernandez (1998) ซึ่งศึกษา CBT ในการลดความโกรธและพฤติกรรมรุนแรงในประชากรใกล้เคียงกัน[6] ผลการคำนวณได้กลุ่มละ 26 คน รวม 52 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนร้อยละ 15 ตามข้อเสนอของ Gray, Grove & Burn (2013) ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยยาเสพติด อายุระหว่าง 18 - 45 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีคะแนน PVSS ≥ 1
3. สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทย
4. สามารถช่วยเหลือตนเองได้
5. สมัครใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. เจ็บป่วยเฉียบพลัน
2. ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยวิจัย3. ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรงในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอกับค่าใช้จ่ายภายในครัวเรือน โรคประจำตัว จำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด ประเภทองการบำบัดรักษา ชนิดของยาเสพติดที่เคยใช้ก่อนเข้ารับการบำบัดรักษา วิธีที่ใช้ในการเสพยาเสพติด ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด ผู้ดูแลหลัก โดยใช้คำถามเป็นแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ พฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น สุรา ยาบ้า กัญชา สารระเหย (≥1 ชนิด) ความคิดและการพยายามทำร้ายตนเอง การแสดงท่าทางคุกคาม ข่มขู่ผู้อื่น การแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรมที่หวาดระแวงว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายและไม่เป็นมิตร พฤติกรรมรุนแรงและการทำร้ายผู้อื่น เป้าหมายของการกระทำรุนแรง ส่วนของร่างกายที่ใช้กระทำรุนแรงและอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกับการกระทำรุนแรง ผลกระทบที่เกิดจากการกระทำรุนแรง และการแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจเหยื่อที่เป็นผลจากการกระทำรุนแรง 2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจะใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ภาคีเครือข่าย จำนวน 15 คน การสัมภาษณ์จะใช้ในทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องเพื่อตอบคำถามการวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลถูกต้อง มีคุณภาพตามจุดมุ่งหมายและครอบคลุมประเด็นที่ทำการวิจัยมากที่สุด โดยใช้แบบสัมภาษณ์การวิจัย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง/บทบาทในการดำเนินงานด้านยาเสพติด ประสบการณ์ในการทำงาน

ด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ส่วนที่ 2 ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ปัญหาและผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด มุมมองเกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยยาเสพติด แนวทางในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยยาเสพติด และการพัฒนารูปแบบการบำบัดที่เหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ระยะพัฒนา และทดลองใช้รูปแบบ ฯ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 15 ข้อ (ชุดเดียวกันกับระยะที่ 1) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรง จำนวน 30 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้แบบสอบถามทัศนคติการใช้ความรุนแรงของธัญญาภรณ์ อุปมัยรัตน์ [7] ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง จำนวน 21 ข้อ สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Yudofsky และคณะ[8] ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 34 ข้อ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีในครั้งนี้ อาศัยแนวทางการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม โดยนำข้อค้นพบจากการศึกษาระยะที่ 1 มาประมวลผลและออกแบบแผนกิจกรรมของรูปแบบ กระบวนการพัฒนาดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจำนวน 15 คน เป็นกลุ่มเดียวกับที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้เกิดการพิจารณาและอภิปรายร่วมกันอย่างเป็นอิสระ และนำไปสู่การออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย โดยแผนกิจกรรมของรูปแบบนี้เน้นการพัฒนาทัศนคติทางบวกของผู้ป่วยยาเสพติดต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผ่านการใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) ร่วมกับแนวทางการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and x: CBTx) การจัดการรายกรณี (Case Manager) และทฤษฎีการพยาบาลของเพบพลาว (Interpersonal Nursing Theory of Hildgard Peplau) ผู้วิจัยได้ทดลองใช้รูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเล็กที่มีบริบทคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้มาปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น จนได้รูปแบบกิจกรรมที่สมบูรณ์ ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลัก และ 9 กิจกรรมย่อย ดังนี้ 1) กระบวนการที่ 1 การสร้างความตระหนักถึงปัญหายาเสพติดผลกระทบและพฤติกรรมรุนแรงพร้อมเสริมแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ โดยการปฐมนิเทศและการสร้างความสัมพันธ์การประเมินปัญหาและการให้ข้อมูลย้อนกลับ และการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนแนวความคิด กิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 เพื่อนร่วมทาง สร้างพลังใจ กิจกรรมที่ 2 รู้ทันยา รู้ทันคิด กิจกรรมที่ 3 ฉันทำได้ ก้าวแรกสู่ชีวิตใหม่ 2) กระบวนการที่ 2 การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้เรียนรู้และตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและความรู้สึกที่มีผลต่อพฤติกรรม ขั้นที่ 2 การค้นหาและวิเคราะห์ความคิดที่บิดเบือนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในขั้นตอนนี้เน้นที่การค้นหา วิเคราะห์ และปรับเปลี่ยนแนวคิดที่มีลักษณะบิดเบือน (คิดลบ) (Negative cognition) ให้เป็นแนวคิดที่เหมาะสม (คิดบวก) (Positive cognition) พร้อมฝึกทักษะด้านอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ กิจกรรมที่ 4 รู้ทันความคิด พิชิตพฤติกรรมเสี่ยงกิจกรรมที่ 5 แกะรอยความคิด เปลี่ยนชีวิตได้ 3) กระบวนการที่ 3 การพัฒนาทักษะและการติดตามผล เน้นการพัฒนาทักษะในการจัดการกับสิ่งเร้า และสถานการณ์เสี่ยง รวมถึงการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายและควบคุมอารมณ์ ขั้นที่ 3 การพัฒนาทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เน้นที่การเสริมสร้างทักษะด้านพฤติกรรมเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ รวมถึงการติดตามผลและให้คำปรึกษาต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 6 เปลี่ยนมุมคิดชีวิตเปลี่ยน กิจกรรมที่ 7 ทบทวนความคิด พิชิต

อารมรณ์ร้อน กิจกรรมที่ 8 หยุดคิดชั่วครู่ เพื่อรู้ใจตัวเอง กิจกรรมที่ 9 เปลี่ยนพฤติกรรม ก้าวข้ามความรุนแรง การทำกิจกรรมทั้ง 9 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 60 – 120 นาที โดยในแต่ละกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัย จะมีการจัดตั้งไลน์กลุ่ม และมีการสื่อสารผ่านระบบไลน์กลุ่ม มีการทบทวนกิจกรรมต่างๆ โดยส่งชุดข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับยาเสพติดเป็นวิดีทัศน์เรื่อง รู้ทันยาเสพติด เปลี่ยนชีวิตได้ และวิดีทัศน์เรื่อง เปลี่ยนความคิด เปลี่ยนพฤติกรรมฝึกใจหยุดความรุนแรง ผู้วิจัยนำแผนกิจกรรมของรูปแบบไปปรับปรุงและตรวจสอบ เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบก่อนที่จะนำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มทดลองขนาดเล็กที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลคลองหลวงและค่ายยาเสพติด โดยดำเนินกิจกรรมตามแผนของรูปแบบและนำข้อมูลที่ได้มาสรุปและปรับปรุงรูปแบบของการจัดแผนกิจกรรมทั้งความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปทดลองใช้ในระยะทดลอง

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ฯ เป็นระยะการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ฯ หลังการใช้ในสัปดาห์ที่ 10 หลังการทดลองใช้รูปแบบโดยระหว่างการทดลองในกลุ่มทดลองมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่านทางไลน์กลุ่ม เพื่อติดตามเป็นระยะ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยชุดเดียวกันกับเครื่องมือในระยะที่ 2

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ≥ 0.5 และสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ภายหลังจากปรับปรุงเครื่องมือวิจัยตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เครื่องมือทุกฉบับมีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีและเหมาะสมสำหรับนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1

การศึกษาสถานการณ์ เป็นการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยผู้วิจัยทบทวนเอกสาร ตำรา บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เพื่อทำความเข้าใจแนวโน้มปัญหา บริบท และแนวทางการดูแล จากนั้นนำข้อมูลเชิงประจักษ์มาวิเคราะห์เพื่อกำหนดแนวทางการศึกษาและเตรียมความพร้อมการดำเนินงานในพื้นที่ พร้อมทั้งจัดทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหลวง เสนอต่อนายอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เพื่อขออนุญาตเข้าสถานที่ศึกษาในชุมชน และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และรูปแบบการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การเตรียมความพร้อมผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยประชุมร่วมกันเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ ความสำคัญของการวิจัย และแนวทางดำเนินงาน โดยชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูล เครื่องมือวิจัย และบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมวิจัยอย่างชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

การลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 3 วิธีหลัก ได้แก่ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลภายใน 10 วัน โดยมีผู้ช่วยวิจัย 5 คน ร่วมเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 94 คน ก่อนเก็บข้อมูลมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิของผู้เข้าร่วม และให้ลงนามยินยอม จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามและรับคืนภายในวันเดียวกัน เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความ

รุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับบริบทชีวิต ปัญหา และสถานการณ์ของผู้ป่วย SMI-V โดยใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 15 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 3 คน ตำรวจ/ฝ่ายปกครอง 3 คน ผู้นำชุมชน 3 คน อสม. 3 คน และญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย 3 คน โดยบันทึกข้อมูลด้วยการจดบันทึกอย่างเป็นระบบ 3) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้เพื่อรวบรวมมุมมองทัศนคติ ประสบการณ์ และข้อเสนอเชิงปฏิบัติจากผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งใช้เป็นเวทีร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรง และสังเคราะห์แนวทางการออกแบบกิจกรรมให้เหมาะกับบริบทพื้นที่และความสามารถของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจัดทำแนวคำถามและให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบก่อนนำไปใช้จริง ทั้งนี้ ผลการสังเคราะห์จากการสนทนากลุ่มถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในระยะที่ 2 สำหรับการพัฒนารูปแบบและทดลองใช้รูปแบบต่อไป[9]

ระยะที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบ ฯ

กลุ่มทดลอง ขั้นที่ 1 การเตรียมพื้นที่ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหลวง และเสนอต่อนายอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เพื่อขออนุญาตดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ชุมชน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินงาน และรายละเอียดกิจกรรมตามแผนการวิจัย ขั้นที่ 2 การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) ผู้วิจัยลงพื้นที่ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 เพื่อเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิในการเข้าร่วม และการรักษาความลับของข้อมูล พร้อมให้ผู้เข้าร่วมลงนามในแบบแสดงความยินยอม จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pretest) และรับคืนภายในวันเดียวกัน ภายหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ตามแผนกิจกรรมที่กำหนด

กลุ่มเปรียบเทียบ ขั้นที่ 1 การเตรียมพื้นที่ดำเนินการขออนุญาตในลักษณะเดียวกับกลุ่มทดลอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่หน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ขั้นที่ 2 การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน ภายหลังการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง 1 วัน โดยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและให้ลงนามในแบบแสดงความยินยอม จากนั้นให้ตอบแบบสอบถาม Pretest และรับคืนภายในวันเดียวกัน พร้อมกำหนดวัน เวลา และสถานที่สำหรับการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) ในระหว่างช่วงดำเนินกิจกรรม กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามแนวทางปกติของหน่วยบริการ โดยไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนา

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ฯ

กลุ่มทดลอง เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครบตามระยะเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) จากกลุ่มทดลองในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับ Pretest และรับคืนภายในวันเดียวกัน เพื่อนำไปเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล Posttest จากกลุ่มเปรียบเทียบในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ภายหลังกลุ่มทดลอง 1 วัน โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกัน และรับคืนภายในวันเดียวกัน ภายหลังเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ความรู้และมอบเอกสารเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงแก่กลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้เป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการอ่านทบทวนข้อมูลซ้ำ การจับประเด็นสำคัญ (Coding) การจัดหมวดหมู่ (Categorization) การสังเคราะห์ประเด็นหลัก (Theme Development) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ

ของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการทวนสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล และตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด–ค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ สถิติทดสอบ Paired Sample -t test และสถิติ Independent Sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี หมายเลขรับรองที่ PPHO-REC 2568/24 วันที่ 11 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์ ระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรงในพื้นที่อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี (ระยะที่ 1)

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 94 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 39.94 ปี มีอายุต่ำสุด 13 ปี และอายุสูงสุด 68 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น รองลงมาคือประถมศึกษา สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นโสด อาชีพหลักคือรับจ้าง และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001–20,000 บาท มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ด้านภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และเคยเข้ารับการบำบัดยาเสพติดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง เป็นการเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ ชนิดของสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือยาบ้า วิธีการเสพส่วนใหญ่เป็นการสูบหรือสูดควัน และมีระยะเวลาการใช้ยาเสพติดอยู่ในช่วง 1–5 ปี ผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบิดา–มารดา

1.2 ระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 72.30 รองลงมาคือมีระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.20 และมีระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 7.40 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยรวมเท่ากับ 1.35 คะแนน (S.D. = 0.62) มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 28 คะแนน

2. ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี และนำรูปแบบไปทดลองใช้ (ระยะที่ 3)

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 90.00 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 80.00 อยู่ในช่วงอายุ 22–59 ปี ด้านศาสนา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธทั้งสองกลุ่ม ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด และประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1–10,000 บาท กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในช่วง 10,001–20,000 บาท ทั้งสองกลุ่มมีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย และไม่มีโรคประจำตัว ประวัติการบำบัดยาเสพติดที่ผ่านมา ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เคยเข้ารับการบำบัด 1 ครั้ง และเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ ชนิดยาเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือยาบ้า และวิธีการเสพหลักคือการสูบ/สูดควัน ระยะเวลาการใช้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1–5 ปี โดยผู้ดูแลหลักของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นบิดา–มารดา

2.2 ผลการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 56.70 และ

66.70 ตามลำดับ รองลงมาคือ มีระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางเท่ากันทั้งสองกลุ่ม คือ ร้อยละ 30.00 และมีระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 13.30 และ 3.30

2.3 ผลคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.62, SD=.34) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงลดลงอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$=1.17, SD=.25) และแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=22.31, p<0.01) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงของกลุ่มทดลองได้อย่างมีประสิทธิผล ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงก่อนการทดลอง ($\bar{X}$=2.41, SD=.34) และหลังการทดลอง($\bar{X}$=2.52, SD=.25) อยู่ในระดับปานกลาง และไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-1.98, p=.058) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

คะแนนทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรง	$\bar{X}$	SD	df	t-value	p -value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	2.62	.34	29	22.31	.000
หลังการทดลอง	1.17	.25			
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	2.41	.34	29	-1.98	.058
หลังการทดลอง	2.52	.25			

2.4 ผลคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-1.42, p=.162) ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-21.44, p <0.01) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

ทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรง	**กลุ่มทดลอง**		**กลุ่มเปรียบเทียบ**		df	t-value	p -value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ก่อนการทดลอง	2.62	.34	2.41	.34	58	1.42	.162
หลังการทดลอง	1.17	.25	2.52	.25	58	-21.44	.000

2.5 ผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและ

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองก่อนทดลอง มีพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ($\bar{X}$=1.73, SD=.45) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงลดลงอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{X}$=1.04, SD=.06) และแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 8.72, p < .01) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงของผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงก่อนการทดลอง ($\bar{X}$=1.50, S.D.=.41) และหลังการทดลอง ($\bar{X}$=1.52, S.D.=.40) อยู่ในระดับต่ำ และไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-0.54, p=.593) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

คะแนนพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง	$\bar{X}$	SD	df	t-value	p -value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	1.73	.45	29	8.72	.000
หลังการทดลอง	1.04	.06			
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	1.50	.41	29	-054	.593
หลังการทดลอง	1.52	.40			

2.6 ผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-1.98, p=.052) ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-6.55, p <0.01) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

พฤติกรรมการใช้ความรุนแรง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		df	t-value	p -value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ก่อนการทดลอง	1.73	.45	1.50	.41	58	1.98	.052
หลังการทดลอง	1.04	.06	1.52	.40	58	-6.55	.000

2.7 ผลคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองก่อนทดลอง คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.08, SD=.22) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=4.14, SD=.36) และแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -14.06, p < .001) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง ($\bar{X}$=3.17, SD=.47) และหลังการทดลองทดลอง ($\bar{X}$=3.13, SD=.45) อยู่ในระดับปาน

กลาง และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=1.79, p=.084) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด	$\bar{X}$	SD	df	t-value	p -value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	3.08	.22	29	-14.06	<0.001
หลังการทดลอง	4.14	.36			
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	3.17	.47	29	1.79	.084
หลังการทดลอง	3.13	.45			

2.8 ผลคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -1.96, p = .054) ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = .90, p < .001) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n=60)

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยยาเสพติด	**กลุ่มทดลอง**		**กลุ่มเปรียบเทียบ**		**df**	**t-value**	**p -value**
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ก่อนการทดลอง	3.08	.22	3.17	.47	66	-1.96	.054
หลังการทดลอง	4.14	.36	3.13	.45	66	.90	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายและอยู่ในช่วงวัยแรงงานถึงวัยกลางคน ซึ่งเป็นช่วงวัยที่สามารถเข้าถึงสารเสพติดได้ง่ายและต้องเผชิญแรงกดดันด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสมและนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรงได้ง่าย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา ชำนาญอักษร และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล ที่พบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด[10] รวมถึงการศึกษาของสุขุมาลย์ เล็กมีชัย พบว่ากลุ่มอายุวัยผู้ใหญ่ตอนต้นถึงวัยกลางคนมีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากกว่ากลุ่มอายุสูงกว่า[11] นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาไม่สูง ประกอบอาชีพรับจ้าง และมีรายได้ระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งสะท้อนความเปราะบางทางเศรษฐกิจที่อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นความเครียดและการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยผ่านการบำบัดและมีผู้ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญต่อการฟื้นฟูและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. ด้านระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากการประเมินด้วยแบบ PVSS พบว่ากลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย สะท้อนว่าผู้ป่วยยังคงมีศักยภาพในการควบคุมตนเองและสามารถพัฒนาไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมได้ หากได้รับการส่งเสริมทักษะการจัดการอารมณ์และการควบคุมตนเอง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Beck ที่อธิบายว่าพฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับรูปแบบความคิดบิดเบือนและการจัดการอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และสามารถลดลงได้เมื่อบุคคลได้รับการฝึกปรับโครงสร้างความคิดและการควบคุมอารมณ์[12] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานทบทวนวรรณกรรมที่รายงานว่าการบำบัดและการสนับสนุนทางจิตสังคมอย่างต่อเนื่องช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวและความรุนแรงในผู้ใช้สารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[13,14]

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติที่สนับสนุนการใช้ความรุนแรงให้ลดลงได้ ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ซึ่งมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดบิดเบือนและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นพื้นฐานของพฤติกรรมรุนแรง[12] และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า CBT มีประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมเสี่ยงและเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยสารเสพติด[15,16] นอกจากนี้ กระบวนการเสริมแรงจูงใจยังมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยงานวิจัยพบว่าการใช้ Motivational Interviewing ช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมในการรักษาและเอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย[17]

3. ในด้านพฤติกรรม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงลดลงและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจริงของผู้ป่วยได้ กลไกสำคัญของการเปลี่ยนแปลงคือการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ การจัดการความโกรธ การแก้ปัญหา และทักษะการปฏิเสธ ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง สอดคล้องกับแนวคิด Self-efficacy ของ Bandura ที่อธิบายว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมพฤติกรรมและลดพฤติกรรมก้าวร้าว[18] และสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ว่า CBT สามารถช่วยเพิ่มการควบคุมตนเองและลดพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ใช้สารกระตุ้นได้[16,19] อย่างไรก็ตาม การลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ใช้ยาเสพติดไม่ได้ขึ้นอยู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการดูแลต่อเนื่องและการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ งานวิจัยหลายการศึกษาชี้ว่าการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายช่วยลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและลดเหตุรุนแรงในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ[20,21,22]

4. ด้านคุณภาพชีวิต พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สามารถอธิบายได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ การเผชิญปัญหา และการควบคุมตนเอง ทำให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ตึงเครียดและความขัดแย้งได้ดีขึ้น ลดพฤติกรรมก้าวร้าวและความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง ส่งผลให้ความพึงพอใจต่อชีวิต การทำหน้าที่ในสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของไพวัลย์ อาจหาญ[23] ที่พบว่าโปรแกรมฟื้นฟูจิตสังคมและการพัฒนาทักษะชีวิตสามารถช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีนัยสำคัญ

สรุป รูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มีประสิทธิผลในการลดทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง และสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกทั้งด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสุข

ภาวะของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

- หน่วยบริการสุขภาพสามารถนำรูปแบบ ฯ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทั้งในสถานบริการและชุมชน

- โรงพยาบาลควรบูรณาการรูปแบบฯ เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีมาตรฐานเดียวกัน

- ควรพัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านเทคนิค CBT/CBTx การสื่อสารเชิงบำบัด และการจัดการรายกรณี

- ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน เพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง

ด้านการศึกษา

- สถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นกรณีศึกษาในการเรียนการสอนด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

- ควรส่งเสริมทักษะการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การให้คำปรึกษา และการทำงานกับชุมชนของนักศึกษาพยาบาล

ด้านการวิจัย

- ควรศึกษาการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่หรือบริบทอื่นเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์

- ควรติดตามผลระยะยาว เช่น 6 และ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงทนของผลลัพธ์

- ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของรูปแบบ เช่น บทบาทครอบครัว เครือข่ายชุมชน และความพร้อมของบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime.(2023). World drug report 2023 [Internet]. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2023 [cited 2026 Mar 5]. Available from:https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2565). รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทย ประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
3. Darke S, Kaye S, McKetin R, Duflou J.(2008). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. Drug Alcohol Rev. 2008;27(3):253–62.
4. National Institute on Drug Abuse.(2020). Common comorbidities with substance use disorders research report [Internet]. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2020 [cited 2026 Mar 5]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/
5. โรงพยาบาลคลองหลวง.(2568). รายงานสถิติผู้ป่วยและบริการสุขภาพ โรงพยาบาลคลองหลวง ปีงบประมาณ 2568. ปทุมธานี: โรงพยาบาลคลองหลวง.
6. Beck R, Fernandez E.(1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. Cogn Ther Res. 1998;22(1):63–74.
7. ธัญญาภรณ์ อุปมัยรัตน์.(2564). การพัฒนาแบบประเมินทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
8. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D.(1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. Am J Psychiatry. 1986;143(1):35-39.
9. สุธรรม นันทมงคลชัย.(2561). วิจัยอนามัยครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย; 2561.
10. อรัญญา ชำนาญอักษร, ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล.(2568). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2568;36(2):45-58.
11. สุขุมาลย์ เล็กมีชัย.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด. วารสารสุขภาพจิตแห่ง

ประเทศไทย. 2567;31(1):67-79.
12. Beck AT.(1993). Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press.
13. Zhong S, Coughlin PA, Unger L, et al.(2020). Substance use disorders and violence: a systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2020;81(3):19r12844.
14. Mauri MC, Ferrara A, Boscati L, et al.(2023). Aggressive behaviour in patients with substance use disorder: clinical characteristics and management. Psychiatry Res. 2023;324:115235.
15. McHugh RK, Hearon BA, Otto MW.(2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. Psychiatr Clin North Am. 2010;33(3):511-25.
16. Lee NK, Rawson RA.(2015). A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. Drug Alcohol Rev. 2015;34(4):363-71.
17. Carroll KM, Ball SA, Martino S, et al.(2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse. Drug Alcohol Depend. 2006;81(3):301-12.
18. Bandura A.(1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.
19. Baker AL, Lee NK, Claire M, et al.(2004). Cognitive behavioural therapy for substance use disorders. Addiction. 2004;99(8):1114-24.
20. ผ่องพรรณ์ คำน้อย.(2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางต่อการกลับไปเสพซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด. วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย. 2568;2(1):E2719. Available from: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/JHIS/article/view/2719/1853
21. ปิยกัญญา แก่นวิชา, สุนี อาวรณ์, วิไลลักษณ์ ดวงบุปผา.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(2):230-41. Available from: https://he01.tcithaijo.org/index.php/jrhi/article/view/271950
22. ชวนพิศ เคหาบาล.(2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้รูปแบบ CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์”. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2568;6(2):274-87. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/280871/187938
23. ไพวัลย์ อาจหาญ.(2558). ผลของโปรแกรมฟื้นฟูจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2558;33(3):89-101.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคต้อกระจกที่มีภาวะโรคร่วมเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาเทียม โรงพยาบาลพัฒนานิคม : กรณีศึกษา

Nursing care for elderly cataract patients with diabetic comorbidity who underwent intraocular lens replacement surgery. Phatthananikom Hospital: A case study.

(Received: March 14,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 24,2026)

จารุนีย์ โฉมบุตร[1]
Jarunee Chombut[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้สูงอายุโรคต้อกระจกที่มีภาวะโรคร่วมเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาเทียม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน อาการและอาการแสดง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิตพฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ การวินิจฉัยการพยาบาล และแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา อาการทางคลินิก ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตามกรอบแนวคิดการพยาบาลองค์รวม ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและการวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD และประเมินผลการพยาบาลของการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

ผลการศึกษา พบว่า การดูแลที่สำคัญคือ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนและหลังการผ่าตัดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเรื่องโรค อาการผิดปกติ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะโรคร่วมก่อนและหลังผ่าตัด เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อาการปวดตา การเฝ้าระวังความปวด การปฏิบัติตัวไม่ให้เกิดอุบัติเหตุจากตามองเห็นไม่ชัดและการครอบ eye shields และการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่บ้านหลังการจำหน่ายและส่งต่อสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ทำให้สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล และเกิดความพึงพอใจ

คำสำคัญ การพยาบาล ผู้สูงอายุโรคต้อกระจก ผ่าตัดต้อกระจก เลนส์ตาเทียม

Abstract

This study is a case study with the objective of examining the nursing care of elderly cataract patients with diabetic comorbidity who underwent intraocular lens replacement surgery. The tools used for data collection were these include records of information from medical records, symptoms and signs, current medical history, past medical history, medication history, and surgery. Lifestyle patterns, health behaviors, laboratory test results and other special examination results, nursing care from initial admission, nursing diagnosis, and patient nursing documentation. Data was analyzed using content analysis of clinical symptoms and nursing diagnoses, within the framework of holistic nursing. It encompasses physical, mental, social, and economic aspects, as well as DMETHOD discharge planning and evaluation of nursing outcomes according to the planned nursing intervention.

The results of the study found that crucial care involves preparing patients and caregivers both physically and mentally before and after surgery. Providing guidance on managing the disease, symptoms, and potential complications from comorbidities before and after surgery. Examples include high blood sugar levels, eye pain, and pain monitoring. Practices to prevent accidents caused by blurred vision, including wearing eye shields and preparing for patient and

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพัฒนานิคม

family discharge. Instructions for self-care at home after discharge and referral to a nearby medical facility for continued care. This enables patients to behave correctly, safely, and without complications, reduces the length of hospital stays, and increases satisfaction.

Keyword Nursing, Elderly people with cataracts, Cataract surgery, artificial intraocular lens

บทนำ

ต้อกระจกเป็นภาวะที่ใช้เรียกเลนส์ตาที่มีความขุ่น อาจมีสีขาวขุ่น สีเหลือง หรือสีน้ำตาล ทำให้แสงผ่านเข้าไปยังจอประสาทตาได้น้อยลงภาพที่เกิดขึ้นจึงไม่ชัดเจน อาการแรกเริ่มสายตาจะมัวลงอย่างช้าๆ ตามัวเหมือนมีหมอกมาบัง และเริ่มรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การขับรถ การอ่านหนังสือจะลำบากขึ้น แต่ไม่มีอาการปวดตา อาการตามัวจะเพิ่มมากขึ้น ถ้าปล่อยไว้นาน ๆ อาการตามัวจะมากขึ้นเรื่อยๆ จนอาจถึงขั้นมองเห็นเป็นเพียงเงาเคลื่อนไหว[1] ถ้าทิ้งไว้โดยไม่ได้รักษาด้วยการผ่าตัดในระยะเวลาที่สมควรอาจเกิดอาการแทรกซ้อนขึ้น เช่น ปวดตาอย่างรุนแรง และลุกลามกลายเป็นต้อหินเฉียบพลัน หรือม่านตาอักเสบ ถ้ารักษาไม่ทันอาจทำให้สูญเสียการมองเห็น หรือตาบอด ต้อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญของตาบอดอันดับหนึ่งของโลก และมีสาเหตุส่วนใหญ่จากต้อกระจกซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ หากได้รับการตรวจคัดกรองและรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม โรคต้อกระจก พบในผู้สูงอายุ การรักษาที่ดีที่สุดคือการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม เมื่อการมองเห็นลดลงจากโรคต้อกระจก อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิต ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน ได้รับยารักษาควบคุมอาการอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ขณะเข้าพักรักษาดูแลในโรงพยาบาลทั้งก่อน ขณะและหลังการผ่าตัดซึ่งจะส่งผลต่อการมองเห็นและการหายของแผลผ่าตัด ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เบาหวานสามารถทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็น โดยสาเหตุทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นก็คือ เบาหวานขึ้นจอประสาทตาและต้อกระจก โดยที่ต้อกระจกในผู้ป่วยเบาหวานสามารถพบได้ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและเมื่อมีอายุมากขึ้นจะทำให้ตาพร่ามัวลงจำเป็นต้องมีการผ่าตัด[1,2]

จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลพัฒนานิคม พบว่าผู้ป่วยต้อกระจก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566-2568 มีจำนวน 416, 497 และ 482 ราย ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคต้อกระจกที่มีโรคร่วมหลังผ่าตัด โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ถ้าได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่องจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น ผู้ศึกษาได้เห็นถึงความสำคัญ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลพัฒนานิคม ตั้งแต่ระยะแรกรับ ประเมินก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีศึกษา ที่ได้รับการพยาบาลผู้สูงอายุโรคต้อกระจกที่มีภาวะโรคร่วมเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาเทียม โรงพยาบาลพัฒนานิคม

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกผู้ป่วยหญิงไทย อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกและมีโรคประจำตัว คือโรคเบาหวาน ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและใส่เลนส์ตาเทียม มารับการดูแลรักษาที่หอผู้ป่วยตา โรงพยาบาลพัฒนานิคม ในเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2568

2. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ เว็บไซต์ บทความ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคต้อกระจก ตลอดจนปรึกษาจักษุแพทย์เกี่ยวกับแนวทางการตรวจวินิจฉัยแผนการรักษา

3. ดำเนินการศึกษาโดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินความครอบคลุมอาการและอาการแสดง เช่น การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึงระยะเวลากลับบ้าน

4. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ปัญหาวินิจฉัยพยาบาล การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ทฤษฎีและแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ครอบคลุมปัญหาผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมองค์รวม วางแผนจำหน่าย DMETHOD และให้การดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

5. นำเนื้อหาข้อมูลของกรณีศึกษา มาเปรียบเทียบกับแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม และแนวทางการวางแผนจำหน่าย DMETHOD

6. สรุปและเสนอแนะ

การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแล เรื่องการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง หลังการจำหน่ายตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

2. ให้คำแนะนำสอนสาธิตวิธีเช็ดตา หยอดยาตา การเตรียมอุปกรณ์และวิธีทำความสะอาดอุปกรณ์เช็ดตา ผ่านวีดีทัศน์และการฝึกทักษะด้านการปฏิบัติ

3. เสริมพลังเรื่องการเฝ้าระวังกลุ่มอาการเตือนก่อนการติดเชื้อ (early signs endophthalmitis) ถ้ามีเหตุให้กลับมาพบจักษุแพทย์ทันทีภายใน 1 วัน ถือเป็นเรื่องเร่งด่วนไม่ต้องรอถึงวันนัด มาในวันหยุดราชการหรือนอกเวลาทำการได้

4. ส่งมอบคู่มือแนวทางการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดตาและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับ โรงพยาบาลพัฒนานิคม ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 67 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย สถานภาพ หม้าย ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนา จังหวัดลพบุรี มาโรงพยาบาล วันที่ 25 มิถุนายน 2568

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ตาซ้ายมัว มองไม่ชัด ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ตาซ้ายมัว มองไม่ชัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เบาหวาน 5 ปี รับยาต่อเนื่อง

ประวัติการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่

ประวัติการใช้สิ่งเสพติด ปฏิเสธการใช้สิ่งเสพติดทุกชนิด

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล[3,5]

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ระหว่างการดูแลผู้ป่วย พบปัญหาการพยาบาลดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ก่อนการผ่าตัด[4] **ปัญหาที่ 1** วิตกกังวลเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษา กลัวการผ่าตัด กลัวตาบอด กลัวเจ็บ ขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตน ก่อน ขณะและหลังผ่าตัด กลัวว่าจะปฏิบัติตนได้ไม่ถูกต้อง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.อธิบายขั้นตอนและแนวทางการดูแลรักษา พยาธิสภาพของโรค วิธีการผ่าตัดแบบเข้าใจง่าย ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดผู้ป่วย และครอบครัวต้องให้ความร่วมมือเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการผ่าตัด เช่น การล้างมือ การเช็ดตา การหยอดยา การปิดตา ด้วยผ้าก๊อสและการครอบ ตาด้วยวัสดุยาเดิมที่ใช้การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 2.พูดคุยด้วยท่าทีที่เข้าใจและเป็นมิตร 3.เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย 4.ตรวจเยี่ยมอาการและพูดคุยให้กำลังใจเพื่อลดความวิตกกังวล 5.ดูและให้ Valium 5 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอนก่อนวันผ่าตัด 1 วัน หรือตามแผนรักษา 6.ให้คำแนะนำการปฏิบัติตน ก่อน ขณะและหลังผ่าตัดประเมิน การฝึกทักษะการนอนคลุมโปงด้วยผ้าห่มให้ ได้นาน 15-20นาที เพราะต้องใช้ในขณะอยู่ห้องผ่าตัด 7.ประเมินการตรวจตาเบื้องต้น ส่งวัดเลนส์ตาเทียมที่จะใช้ 8.การเตรียมด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บงดใช้เครื่องสำอาง บนใบหน้า 9.การเตรียมพร้อมสำหรับการหยอดตาก่อนและหลังผ่าตัด 10.ดูแลความสะอาดช่องปากและฟันถอดฟันปลอมไม่สวมใส่ เครื่องประดับก่อนไปผ่าตัด 11.รับประทานอาหารและยาก่อนส่งห้องผ่าตัดได้หรืองดตามแผนการรักษา **การประเมินผล** ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง
ปัญหาที่ 2 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย 2.ติดตามประเมินระดับน้ำตาลในเลือดและที่ปลายนิ้วตามแผนการรักษา 3.วัดและประเมินสัญญาณชีพตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง 4.ดูแลให้อาหารเฉพาะโรคครบ 3 มื้อ 5.ดูแลบริหารและส่งมอบยาเดิมให้ได้รับตามการรักษา 6.ดูแลเจาะน้ำตาลตามเวลา **การประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง DTX อยู่ในช่วง 116-124 mg%
ปัญหาที่ 3 มีความเสี่ยงต่อการจัดเตรียมเลนส์ตาเทียม ผิดคน ผิดชนิด ผิดขนาด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ส่งผู้ป่วยตรวจวัดขนาดของเลนส์ที่จะใช้ 2.จัดการเตรียมเลนส์เทียมให้พร้อมใช้ตรวจเช็ค power เลนส์ จากนั้น IOL calculation ให้ตรงกับการ set ผ่าตัด ที่จักษุแพทย์ ระบุชนิดของเลนส์ และ power **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตาข้างซ้าย ถูกต้อง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ขณะการผ่าตัด **ปัญหาที่ 1** มีโอกาสเกิดปัญหาขณะผ่าตัดถ้ารูม่านตาขยายน้อยกว่า 5 มิลลิเมตร	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.หยอดยาขยายม่านตาด้วย 10% Phenylephrine ed. สลับ 1% Mydriccyl ed. ทุก 15 นาที x 4 ครั้งและVigamox ed. 15 นาที x 6 ครั้ง ก่อนไปห้องผ่าตัด 2.ประเมินรูม่านตาหลังหยอดยาขยายม่านตา 1 ชั่วโมง ต้องขยาย มากกว่า 5 มิลลิเมตร ถ้าไม่ขยายให้หยอดยาซ้ำเพิ่ม 3.รายงานแพทย์ ถ้ารูม่านตาขยายน้อยกว่า 5 มิลลิเมตร **การประเมินผล** การหยอดยาขยายรูม่านตา 1 รอบยาแล้วรูม่านตาขยาย 5 มิลลิเมตรรายงานจักษุแพทย์รับทราบ
ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อผิดคน ผิดข้าง ผิดเลนส์	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ส่งผู้ป่วยตรวจวัดขนาดของเลนส์ที่จะใช้ 2.จัดการเตรียมเลนส์เทียมให้พร้อมใช้ตรวจเช็ค power เลนส์ จากนั้น IOL calculation ให้ตรงกับการ set ผ่าตัด ที่จักษุแพทย์ระบุชนิดของเลนส์ และ power **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกข้าง ด้านซ้าย
ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาทีติดตาม และประเมินค่าออกซิเจนในเลือด คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจ 2.เฝ้าระวังระดับความลึกการสลบและให้ยาระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสม ติดตามความก้าวหน้าของการผ่าตัด เพื่อบริหารยาระงับความรู้สึก เฝ้าดูขั้นตอนการผ่าตัด อุปกรณ์ที่ใช้ในการให้ยาระงับความรู้สึก เช่น ท่อช่วยหายใจ เครื่องดมยาสลบให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง **การประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบความดันโลหิต 110/64-165/88 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-110 ครั้งต่อนาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจ normal sinus rhythm อัตรา 90-110 ครั้งต่อนาทีค่าออกซิเจนในเลือด 99-100 เปอร์เซ็นต์ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจอยู่ในช่วง 35-38 มิลลิเมตรปรอท ผ่าตัด 1 ชั่วโมง 35 นาที ปัสสาวะออก 100 ml
ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้รอบตัวจากการมองเห็นไม่ชัด	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรส่วนตัวประจำวัน 2.แนะนำอาคารสถานที่ ระวังการขึ้นลงเตียงพัก 3.จัดสิ่งแวดล้อมให้สะดวกต่อการหยิบจับอุปกรณ์เครื่องใช้ได้ง่าย แสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่เปียกแฉะ 4.ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้างเมื่ออยู่ตามลำพัง 5.ระมัดระวังการใช้ของมีคม เช่น มีด **การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุจากอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้รอบตัวจากการมองเห็นไม่ชัด
หลังการผ่าตัด **ปัญหาที่ 1** ไม่สุขสบายเนื่องจากความเจ็บปวด ถูกปิดตาด้วย eye pad และที่ครอบตา ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนไป	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ดูแลไม่ให้ eye pad เปียกชื้นหรือถ้าหลุดเปลี่ยนใหม่ทันทีโดยพยาบาล 2.ดูแลปิดที่ครอบตาตลอด24ชั่วโมง หลังผ่าตัดจะเปลี่ยนใหม่ในวันรุ่งขึ้นห้ามแกะเปิดโดยพละการ 3. อธิบายถึงผลเสียของการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	การประเมินผล ผู้ป่วยปวดตาลดลง pain scale เท่ากับ 3 คะแนน หลังผ่าตัด
ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อความดันลูกตาสูง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินอาการความดันลูกตาสูง: ปวดตา ปวดศีรษะ ปวดขมับ ปวดท้ายทอย มีคลื่นไส้อาเจียน เพื่อบรรเทาอาการและรายงานแพทย์ 2.วัดและประเมินระยะการมองเห็นของตาข้างที่ได้รับการผ่าตัด ด้วยอุปกรณ์เครื่องมือที่สะอาดปราศจากเชื้อ 3.ดูแลให้ได้รับยาหยอดตาและยารับประทานตามแผนการรักษา 4.นอนพัก 4 ชั่วโมงนอนหนุนหมอนไม่ตะแคง ทับตาข้างที่ผ่าตัด 5.หลีกเลี่ยงการไอ จาม หรือการเบ่งแรง ๆ 6.เช็ดตา sterile eye dressing เปลี่ยนที่ครอบตาใหม่ทุกวัน ใส่ที่ครอบตาไว้ตลอดห้ามแกะออกเองโดยพละการ เพื่อป้องกันการขยี้ตาและการโดนอุปกรณ์เครื่องมือกระแทกตา 7.ประเมินกลุ่มอาการ early sings endophthalmitis เช่น ตาแฉะ มีขี้ตาสีเหลืองหรือสีเขียว มีหนองในตา ปวดตา 8.ห้ามน้ำเข้าตาเด็ดขาด ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดตาแทนการล้างหน้าจนกว่าแผลที่เลนส์ตาจะหาย 9.กลางวันสวมแว่นตากันแดด **การประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
ปัญหาที่ 3 ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่องหลังการจำหน่าย	**กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเมื่อต้องกลับไปดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน 2.แนะนำการปฏิบัติตนตามหลัก DMETHOD 3.ให้คำแนะนำและสอนสาธิตการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาติโดยการดู วีดีทัศน์ วิธีเช็ดตา หยอดยา การเตรียมอุปกรณ์การทำความสะอาด การล้างมือก่อนและหลังการเช็ดตาและหยอดยา 4.ให้คำแนะนำเมื่ออยู่บ้านเช็ดตาแบบเบามือทุกวันวันละ 1 ครั้งและเมื่อจำเป็น ห้ามน้ำเข้าตาเด็ดขาด 1-2 เดือน การสระผมให้นอนสระหรือสระในร้านทำผม ไม่ควรใช้ฝักบัวอาบน้ำ หลีกเลี่ยงและระวังฝุ่นละอองเข้าตา ลมประทะหน้า หลีกเลี่ยงการไอจามการเบ่งแรง ๆ อ่านหนังสือ ดูทีวีได้แต่ไม่เคร่งจนเกินไป ที่ครอบตาใส่ไว้ตลอดเวลาโดยเฉพาะเวลานอนนาน 1-2 เดือน กลางวันสวมแว่นกันแดด เข้มงวดอาหารเฉพาะโรค หลีกเลี่ยงอาหารที่เหนียว แข็งหรือรับประทานอาหารแล้วมีอาการรบกวนทางตา (คันตา, ตาแฉะ) จักษุแพทย์จะนัดตรวจ 1 สัปดาห์แรกและครบ 1 เดือน เมื่อแพทย์หยุดนัดสามารถปฏิบัติตัวได้ตามวิธีปกติ **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติเข้าใจสามารถนำไปดูแลตนเองได้ที่บ้าน สามารถตอบได้

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต้อกระจกมีโรคร่วมคือเบาหวาน ได้รับการผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียม การดูแลสุขภาพตนเองและการมาตามนัดเพื่อรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ขณะเข้ารับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วย พยาบาลได้นำกระบวนการพยาบาลร่วมกับแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมมาใช้ทั้ง ก่อน ขณะและหลังผ่าตัด[3] การพยาบาลหลังผ่าตัดที่

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามรายโรค มีความยุ่งยากมากขึ้นต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านสุขภาพให้ครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือประเมินติดตามและเฝ้าระวังความเสี่ยงการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดร่วมกับการเตรียมความพร้อมในการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น[4,5,6]

ข้อเสนอแนะ

1. ในการแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด ควรใช้สื่อการสอนประกอบการสอนโดยให้ผู้ป่วยและญาติดูสื่อการสอนก่อนแล้วพยาบาลจึงให้คำแนะนำซ้ำเพื่อทวนความเข้าใจ

2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีภาวะโรคร่วมเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาเทียมควรมีการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1.ชิตชนก ถาวรนุรักษ์.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้. 2567, 38(3): 108-21.

2.วรรณา เหมะธุลิน.(2023). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อกระจกที่มีภาวะโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาเทียมโรงพยาบาลสกลนคร: กรณีศึกษา. OPEN ACCESS SAKON NAKHON PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE. 1-21. https://skko.moph.go.th/dward/document_file/oa/research_file_name/20230427153428_968804792.pdf

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

4.ปราณี ทู้ไพเราะ.(2566). คู่มือข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Handbook of Nursing diagnosis). 2566. N P Press Limited Partnership.

5.นงณภัทร รุ่งเนย. (2560). การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (พิมพ์ครั้งที่ 2). 2560. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

6.ลักษณาพร กรุงไกรเพชร.(2561). ต้อกระจกในผู้ป่วยเบาหวาน. บูรพาเวชสาร. 2561, 5(1): 95-103.

การพัฒนารูปแบบเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบเพื่อปรับปรุงการสอบสวนควบคุมโรคแอนแทรกซ์ของหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อที่ถ่ายโอนภารกิจ ในพื้นที่ชายแดนเขตสุขภาพที่ 10 พ.ศ.2568

The Development of a Systemic Capability Enhancement Model to Improve Anthrax Investigation and Control among a Communicable Disease Control Unit in a Decentralized Border Area, Health Region 10, 2025.

(Received: March 5,2026 ; Revised: March 7,2026 ; Accepted: March 9,2026)

ชัยนันต์ บุตรกาล[1] สำรวย ศรศรี[2]
Chainan Bootkan[1] Sumruay Sonsri[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบในการปรับปรุงการสอบสวนควบคุมโรคแอนแทรกซ์ของหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ที่ถ่ายโอนภารกิจในพื้นที่ชายแดนเขตสุขภาพที่ 10 กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 1 หน่วย เครื่องมือประเมินผลเป็นแบบบันทึกข้อมูลผลการปฏิบัติงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยรวบรวมข้อมูลจากเนื้อหาบรรยาย วิเคราะห์และสรุปผล

ผลการศึกษาภายหลังการนำรูปแบบเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบไปปรับปรุงการสอบสวนควบคุมโรค ตามกรอบ PAOR มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย (P) การวางแผนเป็นการวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแผนแก้ไข (A) การปฏิบัติเป็นการพัฒนาและนำรูปแบบเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบผ่านกระบวนการพี่เลี้ยงไปใช้จริง (O) การสังเกตการณ์เป็นการประเมินผลลัพธ์ และ (R) การสะท้อนผลด้วยการถอดบทเรียนความสำเร็จ ผลลัพธ์พบว่า หน่วย CDCU มีศักยภาพการสอบสวนควบคุมโรคได้เพิ่มขึ้นสามารถลดจำนวนผู้สัมผัสโรคได้ ควบคุมและลดจุดชำแหละสัตว์ไม่ถูกสุขลักษณะที่ตรวจพบเชื้อได้ และได้ขยายผลรูปแบบโดยบรรจุในหลักสูตรอบรมระบาดวิทยาสำหรับเจ้าหน้าที่หน่วย CDCU อบจ.ศรีสะเกษ

คำสำคัญ: หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ, ศักยภาพเชิงระบบ, โรคแอนแทรกซ์

Abstract

This action research aimed to develop a systemic capacity-building model to enhance anthrax investigation and control for Communicable Disease Control Units (CDCU) recently transferred to local administrative organizations in the border areas of Health Region 10. Using a purposive sampling method, one CDCU was selected based on inclusion criteria. The research followed the Planning, Action, Observation, and Reflection (PAOR) framework. Data were collected through performance records and qualitative content analysis, and analyzed using descriptive statistics and thematic summarization.

Results The study implemented a systemic capacity-building model through a strategic mentorship mechanism. The results demonstrated a significant improvement in the CDCU's investigation and control capabilities. Key outcomes included a marked reduction in the number of disease contacts and the successful identification and elimination of contaminated slaughtering sites. Furthermore, the model was scaled up by integrating it into the epidemiology training curriculum for CDCU officers under the Sisaket Provincial Administrative Organization. The systemic capacity-building model proved highly effective in controlling anthrax outbreaks.

Keywords: Communicable Disease Control Unit, Systemic Capability, Anthrax

[1] สม. (การจัดการระบบสุขภาพ) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
[2] สบ. นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

โรคแอนแทรกซ์ (Anthrax) จัดเป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน (Zoonosis) ที่มีความรุนแรงและมีนัยสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มสัตว์กินพืชซึ่งมักเสียชีวิตเฉียบพลันหลังการติดเชื้อ มนุษย์สามารถรับเชื้อผ่านการสัมผัสสัตว์หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์โดยตรงใน 3 ช่องทางหลัก ได้แก่ ทางผิวหนัง ทางเดินอาหาร และทางเดินหายใจ รวมถึงการสัมผัสสปอร์ของเชื้อ *Bacillus anthracis* ที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม [1] เชื้อโรคดังกล่าวมีความทนทานต่อสภาพแวดล้อมได้ยาวนานกว่า 10 ปี สปอร์ของเชื้อมีศักยภาพในการนำมาใช้เป็นอาวุธชีวภาพได้ ระยะฟักตัวของโรคในคนที่แสดงอาการทางผิวหนังและทางเดินอาหารระหว่าง 12 ชั่วโมง ถึง 7 วัน ส่วนกรณีการสูดดมสปอร์อาจใช้เวลานานถึง 60 วันก่อนแสดงอาการ โดยลักษณะอาการแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) แอนแทรกซ์ที่ผิวหนัง (**Cutaneous anthrax**) ซึ่งพบมากที่สุดร้อยละ 95 มีอาการเด่นคือขอบแผลยกนูนตรงกลางบุ๋มสีดำ (**Black eschar**) 2) แอนแทรกซ์ที่ทางเดินอาหาร (**Intestinal anthrax**) เกิดจากการบริโภคเนื้อสัตว์ดิบที่มีเชื้อ มีอัตราป่วยตายสูงถึงร้อยละ 50 – 60 และ 3) แอนแทรกซ์ที่ระบบทางเดินหายใจ (**Pulmonary anthrax**) ซึ่งมีความรุนแรงที่สุดด้วยอัตราป่วยตายร้อยละ 80-90 สำหรับในสัตว์มักพบระยะฟักตัวที่รวดเร็วและมีอาการเฉียบพลัน มีไข้สูง ไม่กินอาหาร มีเลือดปนน้ำลาย และตายในลักษณะกล้ามเนื้อกระตุก [2] สถานการณ์ระดับสากลระหว่างปี พ.ศ.2548 – 2559 องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (**FAO**) ประมาณการผู้ป่วยทั่วโลกคาดไว้ที่ 20**,000 – 100,000** รายต่อปี และมีประชากรกลุ่มเสี่ยงคาดไว้ถึง 1.83 พันล้านคน โดยเฉพาะกลุ่มเกษตรกรในประเทศกำลังพัฒนา [3] ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เริ่มพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน [4] โดยในปี พ.ศ.2566 ประเทศเวียดนามพบผู้ป่วย 13 ราย และในปีพ.ศ. 2567 สปป.ลาว พบการระบาดหนักมีผู้ป่วย 129 ราย ในพื้นที่ทางภาคใต้ของประเทศที่ติดกับจังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญ และมุกดาหารของประเทศไทย [5] สำหรับในประเทศไทย แม้จะไม่พบการระบาดในภาคปศุสัตว์มานานกว่า 20 ปี นับตั้งแต่เกิดการระบาดที่จังหวัดพิจิตรเมื่อปี พ.ศ. 2543 แต่ยังคงพบอุบัติการณ์จากการนำเข้าสัตว์จากประเทศเพื่อนบ้าน ดังกรณีเกิดขึ้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เมื่อปี พ.ศ.2560 ต่อมาล่าสุดในปี พ.ศ.2568 พื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 พบการเกิดโรคแอนแทรกซ์ที่จังหวัดมุกดาหาร พบผู้ป่วยยืนยันทั้งสิ้น 6 ราย อัตราป่วย 13.49 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 1 ราย อัตราตาย 2.25 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย (**CFR**) ร้อยละ 16.67 [6] จากสถานการณ์โรคที่เกิดขึ้น นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมาพบข้อจำกัดในการพัฒนาศักยภาพบุคคลและองค์กรของ **Christopher Potter** พบว่าการอบรมผู้ปฏิบัติงานที่ขาดเครื่องมือและไม่มีระบบสนับสนุนที่ชัดเจน ส่งผลให้การสร้างศักยภาพเกิดความล้มเหลว [7] และ **Thomas R Frieden** เป็นเครื่องมือมือวัดความสามารถด้วยเกณฑ์ประเมินวัดเชิงเวลาในการตอบโต้เหตุการณ์ระบาด 3 ด้าน (ตรวจจับพบใน 7 วัน แจ้งรายงานใน 1 วัน และหยุดการแพร่โรคได้เบ็ดเสร็จใน 7 วัน) ที่ใช้ประเมินเฉพาะระดับจังหวัดและประเทศ [8] ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมายังขาดบูรณาการแนวคิดเหล่านี้เข้ากับบริบทของหน่วยงานสาธารณสุขที่ถ่ายโอนภารกิจไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงยังคงมีช่องว่างการวิจัยที่สำคัญในประเด็นการดำเนินงานสอบสวนควบคุมโรค ภายหลังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถ่ายโอนสังกัดไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยเฉพาะพื้นที่ชายแดนยังมีความซับซ้อนเสี่ยงเกิดโรคแอนแทรกซ์ข้ามแดน ซึ่งเป็นโรคที่ต้องประสานงานแบบไร้รอยต่อระหว่างคนและสัตว์ จึงเห็นได้ว่าขาดรูปแบบเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบมาใช้ปรับปรุงการสอบสวนควบคุมโรคให้ได้ตามเกณฑ์มาตรการ 7-1-7 ในบริบทของหน่วยงานท้องถิ่น ส่งผลให้เมื่อเกิดโรคนี้ขึ้นจริงในปี พ.ศ.2568 ผู้ปฏิบัติงานจึงยังคงเผชิญกับอุปสรรคด้านขั้นตอนการปฏิบัติที่ยังคลุมเครือ

และการเชื่อมโยงข้อมูลพหุภาคีที่ไม่ทันการณ์ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบ เพื่อปรับปรุงการสอบสวนควบคุมโรคแอนแทรกซ์ ของหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ที่ถ่ายโอนภารกิจไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เขตสุขภาพที่ 10 สามารถบรรลุเกณฑ์มาตรการ 7-1-7 ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ งานวิจัยนี้เปลี่ยนมิติการควบคุมโรคจากใช้รูปแบบเดิมที่เป็นการตั้งรับ สู่ การใช้กลยุทธ์เชิงรุก โดยมุ่งเน้นการค้นหาและทำลายแหล่งแพร่เชื้อไม่ให้เกิดการแพร่ติดต่อมาสู่คน ซึ่งช่วยลดภาระงานด้านสาธารณสุขและประหยัดค่าใช้จ่ายจากการป้องกันควบคุมโรคและลดป่วย ลดตายจากโรคในพื้นที่ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ระบาดและช่องว่างเชิงระบบของโรคแอนแทรกซ์ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบปรับปรุงการสอบสวนควบคุมโรคแอนแทรกซ์ ให้มีความสอดคล้องกับบริบทของหน่วย CDCU ที่ถ่ายโอนภารกิจ ในพื้นที่ชายแดนเขตสุขภาพที่ 10
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบปรับปรุงการสอบสวนควบคุมโรคแอนแทรกซ์ของหน่วย CDCU ที่ถ่ายโอนภารกิจ ในพื้นที่ชายแดนเขตสุขภาพที่ 10
4. เพื่อขยายผลรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบปรับปรุงการสอบสวนควบคุมโรคแอนแทรกซ์ของหน่วย CDCU ที่ถ่ายโอนภารกิจ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้จากแนวคิดของ Kemmis & McTaggart [7] ประกอบด้วยวงจร Planning-Action-Observation-Reflection (PAOR) ในปี พ.ศ.2568

พื้นที่ศึกษา คัดเลือกแบบเจาะจงเป็นพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว ในเขตรับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 (สคร.10 อบ.) ในเขตรับผิดชอบ 3 จังหวัด (อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร)

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร คือ หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ที่ปฏิบัติงานประจำในพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว ในเขตรับผิดชอบ ของ สคร.10 อบ. ครอบคลุม 3 จังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 13 หน่วย

กลุ่มเป้าหมาย คือ หน่วย CDCU ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกในการเข้าร่วมพัฒนารูปแบบ จำนวน 4 หน่วย โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นพื้นที่พบเหตุการณ์ตรวจสอบข่าวโรคแอนแทรกซ์ในคนหรือในสัตว์ 2) มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 3) มีความสมัครใจการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยต่อเนื่องจนครบถ้วนในทุกขั้นตอน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นพื้นที่ไม่พบการยืนยันโรคแอนแทรกซ์ในคนและในสัตว์ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการในบางขั้นตอนของการวิจัยได้

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยเป็นพื้นที่พบการยืนยันโรคแอนแทรกซ์ในคน คืออำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร เป็นเจ้าหน้าที่หน่วย CDCU อำเภอดอนตาล จำนวน 38 คน ประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลดอนตาล 2)สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตาล 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัด อบจ. ในพื้นที่อำเภอดอนตาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

สถานการณ์ระบาดและช่องว่างเชิงระบบของโรคแอนแทรกซ์ ด้วยการเก็บข้อมูลลงในแบบ

สอบสวนผู้ป่วยโรคแอนแทรกซ์ ของกรมควบคุมโรค [10] และพร้อมทะเบียนบันทึกข้อมูลผู้ป่วยยืนยันโรคแอนแทรกซ์ รวมถึงทะเบียนผู้สัมผัสโรค

2. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาศักยภาพเชิงระบบ ใช้รูปแบบการเรียนรู้ผ่านเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ด้วยกระบวนการพี่เลี้ยงดำเนินการต่อเนื่อง จำนวน 2 ครั้ง ปีพ.ศ.2568 ในครั้งที่ 1 ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม ในพื้นที่ชุมชน ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล และในครั้งที่ 2 ในเดือนกรกฎาคม ในพื้นที่ชุมชน ตำบลดอนตาล อำเภอดอนตาล

1) การถ่ายทอดแนวทางการสอบสวนโรคแอนแทรกซ์ และสนับสนุน SOP (การสอบสวน เก็บสิ่งส่งตรวจ และการทำลายเชื้อ) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.78 รวมถึงการใช้คลังความรู้สำหรับการปฏิบัติงานทีมสอบสวนโรค (JIT) [11] และการใช้ VDO Clip การสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (PPE) สำหรับป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคล [12] ซึ่งเป็นเครื่องมาตรฐานระดับ ประเทศที่ผ่านการรับรองจากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้ทำการปรับปรุงเนื้อหาในการรักษาความตรงของเครื่องมือ

2) การถ่ายทอดเนื้อหากระบวนการพี่เลี้ยงจากแนวทาง Mentoring Program ในหน่วยงาน [13] ด้วยการใช้แบบบันทึกข้อมูลผลการโค้ช หน่วย CDCU (ปัญหาที่พบ แผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหา ติดตามผล) ผ่านการตรวจสอบ Content Validity จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.73

3. เครื่องมือเก็บข้อมูลผลลัพธ์ ประกอบด้วย แบบบันทึกศักยภาพการสอบสวนควบคุมโรคตามมาตรการ 7-1-7 แบบบันข้อมูลจำนวนผู้สัมผัสโรค แบบบันทึกจุดชำแหละซากสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อ

4. เครื่องมือการสะท้อนผล เป็นแนวคำถามการถอดบทเรียน (After Action Review: AAR) ด้วยแบบบันทึกข้อมูลตามคำถามกึ่งโครงสร้าง (ความมุ่งหวัง ความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ปัจจัยความสำเร็จ)

5. เครื่องมือที่ใช้ขยายผล เป็น แบบฝึกหัดการฝึกปฏิบัติแบบกลุ่ม กรณีการสอบสวนการระบาดโรคแอนแทรกซ์

ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวางแผน (Planning: P) ได้แก่

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์การระบาดโรคแอนแทรกซ์และช่องว่างเชิงระบบ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร

1.2 จัดทำแผนพัฒนารูปแบบเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบสอบสวนควบคุมโรคแอนแทรกซ์ของ CDCU

2. การปฏิบัติ (Action: A) โดยการพัฒนาและนำรูปแบบเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบไปใช้ปรับปรุงสอบสวนควบคุมโรคแอนแทรกซ์ ดังนี้

2.1 การกำหนดทีมพี่เลี้ยง จำนวน 12 คน ประกอบด้วยบุคลากรจาก สคร.10 อบ. (6 คน) เป็นพี่เลี้ยงหลักด้านการสอบสวนควบคุมโรค และบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร (สสจ.มุกดาหาร) 6 คน เป็นพี่เลี้ยงร่วม และเป็นผู้ประสานงาน โดยทีมพี่เลี้ยงทั้งหมดผ่านการซักซ้อมแนวทางปฏิบัติและเทคนิคการโค้ช ด้วยการลงไปปฏิบัติงานภาคสนาม ซึ่งได้ร่วมปฏิบัติการกับกองระบาดวิทยา กองโรคติดต่อทั่วไป กองด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศและกักกันโรค กรมควบคุมโรค เพื่อถ่ายทอดแนวทางการสอบสวนควบคุมโรค การให้คำปรึกษา ติดตามความก้าวหน้าและร่วมกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรค ในการดูแลหน่วย CDCU

2.2 การสนับสนุนเครื่องมือ โดยสนับสนุน SOP การสอบสวนควบคุมโรค คลังความรู้ทีม JIT อุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) VDO Clip การใส่และถอดอุปกรณ์ PPE อุปกรณ์เก็บสิ่งส่งตรวจ น้ำยาฆ่าเชื้อโรค และยาปฏิชีวนะสำหรับป้องกันเชื้อ

3. การสังเกตการณ์ (Observation :

O) เป็นการติดตามประเมินผลพัฒนารูปแบบโดยการลงพื้นที่ติดตามประเมินผลการดำเนินงานพร้อมกับติดตามผลลัพธ์หน่วย CDCU ในเดือนกรกฎาคม 2568 ดังนี้

1) ศักยภาพการสอบสวนควบคุมโรคตามมาตรการ 7-1-7 [8]

2) จำนวนผู้สัมผัสโรคที่ถูกติดตามและได้รับยาปฏิชีวนะสำหรับป้องกันโรค

3) จำนวนจุดชำแหละซากสัตว์ไม่ถูกสุขลักษณะที่ตรวจเจอเชื้อแอนแทรกซ์

4. การสะท้อนผล (Reflection : R) ดำเนินการสะท้อนผลผ่านการถอดบทเรียน (AAR) ในการวิเคราะห์หาปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบฯ

การขยายผลงานวิจัย นำรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบดังกล่าว ไปขยายผลผ่านการอบรมหลักสูตรระบาดวิทยาสำหรับเจ้าหน้าที่หน่วย CDCU ในสังกัด อบจ.ศรีสะเกษ โดยการบรรจุเนื้อหาในการฝึกปฏิบัติแบบกลุ่ม กรณีการสอบสวนโรคแอนแทรกซ์ และประเมินความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของการฝึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการรวบรวมเรียบเรียงข้อมูล นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด สำหรับอธิบายลักษณะของข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการจดบันทึกเนื้อหาบรรยายในการใช้เป็นข้อมูลวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) ดำเนินงานภายใต้โครงการ ซึ่งได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ให้ดำเนินการศึกษาในการพัฒนาระบบบริการสอบสวนโรค ตามภารกิจหลักภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดถือมาตรฐานจริยธรรมวิจัยและหลักการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด ข้อมูลที่นำมาศึกษาเป็นข้อมูลทุติยภูมิจากการปฏิบัติงานปกติ ซึ่งผ่านกระบวนการจัดการข้อมูลให้เป็นนิรนาม (Anonymization) และวิเคราะห์ในภาพรวมสำหรับเป็นประโยชน์เชิงนโยบายและสนับสนุนวิชาการด้านระบาดวิทยา โดยไม่มีเปิดเผยข้อมูลที่นำไปสู่การระบุตัวตนของผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง และไม่มีการทำหัตถการหรือการทดลองใดๆ ในมนุษย์

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ระบาดและช่องว่างเชิงระบบของโรคแอนแทรกซ์ ปี พ.ศ. 2568 จากการศึกษาสถานการณ์ระบาดของโรคแอนแทรกซ์ในพื้นที่อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร พบผู้ป่วยยืนยัน รวมทั้งสิ้น 6 ราย จำแนกเป็นเพศชาย 5 ราย ร้อยละ 83.33 และเพศหญิง 1 ราย ร้อยละ 16.67 โดยมีค่ามัธยฐานอายุที่ 53 ปี (ต่ำสุด 28 ปี, สูงสุด 58 ปี) ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในตำบลเหล่าหมี จำนวน 5 ราย ร้อยละ 83.33 และตำบลดอนตาล จำนวน 1 ราย ร้อยละ 16.67 เริ่มพบผู้ป่วยในเดือนเมษายน จำนวน 2 ราย ร้อยละ 33.33 เดือนพฤษภาคม จำนวน 3 ราย ร้อยละ 50.00 และเดือนกรกฎาคม จำนวน 1 ราย ร้อยละ 16.67 ในการสอบสวนโรคพบผู้สัมผัสโรค รวมทั้งสิ้น จำนวน 713 ราย แบ่งเป็นผู้ที่มีประวัติร่วมชำแหละซากสัตว์ จำนวน 37 ราย ร้อยละ 5.19 และกลุ่มผู้สัมผัสจากการนำเนื้อสัตว์หลังชำแหละซาก ไปประกอบอาหารในครัวและบริโภคในครัวเรือนด้วยเมนูเนื้อดิบ หรือ สุกๆดิบๆ สูงถึง 676 ราย ร้อยละ 94.81 ผู้ป่วยส่วนมาก ร้อยละ 83.33 มีพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อ การชำแหละ หั่น หรือซอยเนื้อสัตว์ ที่จุดชำแหละซากไม่ถูกสุขลักษณะ ในส่วนร้อยละ 16.67 มีพฤติกรรมเสี่ยงใช้มีดและเขียงอันเดิมหั่น ซอยเนื้อ ใช้งานซ้ำหลายครั้ง ที่ได้มาจากจุดชำแหละซากไม่ถูกสุขลักษณะ โดยเชื้อเข้าสู่ร่างกายผ่านบาดแผลทางผิวหนัง จำแนกเป็น บาดแผลจากของมีคมบาดบริเวณนิ้วมือ จำนวน 3 ราย ร้อยละ 50.00 บาดแผลเปิดจากการ

ถูกค้อนทุบมือ จำนวน 1 ราย ร้อยละ 16.67 บาดแผลถลอกบริเวณมือ จำนวน 1 ราย ร้อยละ 16.67 และบาดแผลถลอกบริเวณใต้เข่า จำนวน 1 ราย ร้อยละ 16.66 สาเหตุหลักของการแพร่กระจายเชื้อในวงกว้างเกิดจากการปนเปื้อนสปอร์ของเชื้อในสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ตัวกลาง (Vehicles) ได้แก่ อุปกรณ์ใช้ชำแหละซากสัตว์ (มีดและเขียงไม้) ที่ถูกใช้งานซ้ำหลายครั้ง ดินปนเปื้อนเชื้อบริเวณจุดชำแหละในสวนยางพาราและแอ่งน้ำทิ้งใกล้อ่างล้างมือ ตลอดจนภาชนะจัดเก็บเนื้อสัตว์ในครัวเรือน (ตู้เย็นและถังน้ำแข็ง) ที่ใช้งานซ้ำหลายครั้ง ทำหน้าที่เป็นแหล่งเก็บกักเชื้อที่สำคัญ ผลการวิเคราะห์ช่องว่างเชิงระบบ พบข้อจำกัดสำคัญ 3 ประการ ดังนี้ 1) ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของโรคแอนแทรกซ์ นำไปสู่พฤติกรรมลับลอบชำแหละซากสัตว์ และจำหน่ายเนื้อและผลิตภัณฑ์วัวอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สปอร์ของเชื้อกระจายตัวปนเปื้อนในอุปกรณ์ในครัวเรือนและดิน 2) ระบบเฝ้าระวังโรคเดิมมีลักษณะแบบตั้งรับ ทำให้หน่วย CDCU ทราบเหตุล่าช้า ส่งผลให้ไม่ทันต่อสถานการณ์ จนสปอร์ของเชื้อปนเปื้อนสู่อุปกรณ์ชำแหละซากสัตว์ ภาชนะจัดเก็บเนื้อ และดินปนเปื้อนเชื้อในหลายจุด 3) ขาดระบบการแจ้งข่าวสัตว์ป่วยตายผิดปกติระหว่างหน่วยงานปศุสัตว์ และ CDCU แบบไร้รอยต่อ ทำให้เกิดผลตามมาพบการปนเปื้อนเชื้อและสปอร์ของเชื้อในมีด เขียง ตู้เย็น ถังน้ำแข็ง ดินในจุดชำแหละไม่ถูกสุขลักษณะ และดินในแอ่งน้ำทิ้ง แล้วสู่ระบบบริโภคของประชาชนในชุมชน ส่งผลให้จำนวนผู้สัมผัสโรคพุ่งสูงขึ้น จากข้อค้นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวทางการดำเนินงานในรูปแบบ ระบบพี่เลี้ยง ร่วมกับ การสร้าง SOP และเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติงานสำหรับหน่วย CDCU ในการสร้างเสริมศักยภาพเชิงระบบให้การสอบสวนควบคุมโรคมีประสิทธิภาพ

ผลการพัฒนารูปแบบเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบไปใช้ ได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบผ่านกลไกการสนับสนุนเชิงระบบ โดยมุ่งเน้นการบูรณาการองค์ความรู้และทรัพยากรในการปิดช่องว่างของ CDCU โดยการจัดตั้งกลไกภาคีพี่เลี้ยงสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้กำหนดโครงสร้างทีมพี่เลี้ยงเชิงยุทธศาสตร์ ทั้งสิ้น 12 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญหลักในด้านระบาดวิทยาและสอบสวนควบคุมโรค สคร.10 อบ. จำนวน 6 ราย และบุคลากรจาก สสจ.มุกดาหาร 6 ราย ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงร่วมและผู้ประสานงานหลักในระดับพื้นที่ กลไกดังกล่าวเน้นถ่ายทอดทักษะผ่านประสบการณ์ตรงในด้านคน โดยทีมพี่เลี้ยงทั้งหมดผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อมด้วยการปฏิบัติงานภาคสนามร่วมกับผู้เชี่ยวชาญของกรมควบคุมโรค (กองระบาดวิทยา กองโรคติดต่อทั่วไป และกองด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศและกักกันโรค) รวมถึงการเชื่อมประสานมาตรการในด้านสัตว์ มีผู้เชี่ยวชาญจากกรมปศุสัตว์ ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางเทคนิค การให้คำปรึกษา รวมถึงสนับสนุนเครื่องมือที่ครอบคลุมทั้งมิติองค์ความรู้และเวชภัณฑ์ ได้แก่ SOP ในการสอบสวนควบคุมโรค ชุดความรู้สำหรับทีม JIT ถ่ายทอดความรู้และใช้สื่อประกอบ VDO clip สาธิต พร้อมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) ในการฝึกทักษะการใส่-ถอดอย่างถูกวิธี โดยมีการประเมินความถูกต้องจากทีมพี่เลี้ยงอย่างใกล้ชิด สนับสนุนอุปกรณ์และคำแนะนำทางเทคนิคในการเก็บสิ่งส่งตรวจที่มีคุณภาพ รวมถึงสนับสนุนน้ำยาฆ่าเชื้อ ยาปฏิชีวนะสำหรับป้องกันโรคให้กับ CDCU และได้ยังได้สนับสนุน PPE ให้กับทีมปศุสัตว์จังหวัดสำหรับดำเนินงานควบคุมโรคในสัตว์ ผลที่ได้ พบว่า

1) มีและใช้นิยามการเฝ้าระวังโรคในคนและในสัตว์ ทำให้สามารถตรวจจับโรคได้ภายใน 7 วัน ทั้งการค้นพบผู้ป่วยเพิ่มเติมที่ร่วมเหตุการณ์ จำนวน 2 ราย และตรวจพบวัวตายผิดปกติ จำนวน 5 ตัว (ตรวจสอบแล้วสัตว์ตายจากสาเหตุอื่น)

2) ดำเนินการเก็บสิ่งส่งตรวจที่ได้คุณภาพ (ถูกชนิด ถูกตำแหน่ง ถูกวิธี) ทำให้สามารถตรวจพบเชื้อได้จากแผลผู้ป่วย และสามารถหาแหล่งแพร่เชื้อโรคได้ โดยตรวจพบเชื้อที่ Vehicle (มีด เขียง) ในภาชนะจัดเก็บเนื้อสัตว์ (ตู้เย็น ถังน้ำแข็ง) และสิ่งแวดล้อม (ดินที่จุดชำแหละ ดินแอ่งน้ำทิ้งจากอ่าง

ล้างมือ และซากเนื้อวัวติดกระดูก) และเมื่อทราบผลตรวจ หน่วย CDCU สามารถแจ้งรายงานผู้เกี่ยวข้องสำหรับออกตอบโต้เหตุการณ์ได้ภายใน 1 วัน

3) ดำเนินการควบคุมโรคได้เบ็ดเสร็จภายใน 7 วัน ทั้งการกำจัด Vehicle อาทิ มีด เขียง อ่างล้างมือ ที่ปนเปื้อนสปอร์ของเชื้อด้วยการฝังกลบ การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรค ทำลายเชื้อ ณ จุดชำแหละวัว ดิน แอ่งน้ำทิ้ง พื้นที่ประกอบอาหาร และอุปกรณ์จัดเก็บเนื้อสัตว์(ตู้เย็น ถังน้ำแข็ง) ทำการถมดินให้สูงเกิน 2 เมตรในจุดที่ฝังซากเนื้อและซากกระดูกสัตว์ ตลอดจนการติดตามอาการผู้สัมผัสโรคควบคู่กับการให้ยาปฏิชีวนะป้องกันโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรค และมาตรการควบคุมโรคที่สำคัญในสัตว์ คือ การให้ยาปฏิชีวนะในสัตว์ และฉีดวัคซีนป้องกันโรคในสัตว์

ผลลัพธ์จากการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบ หลังการปรับปรุงการสอบสวนควบคุมโรคของหน่วย CDCU พบว่า มีประสิทธิภาพในการลดช่องว่างเชิงระบบได้ ในประเด็นสำคัญ ดังนี้ หน่วยมีศักยภาพการสอบสวนควบคุมโรคเพิ่มขึ้น สามารถตรวจจับโรคได้เร็วขึ้น ก่อนปรับปรุง จากเดิมใช้เวลา 15 วัน หลังปรับปรุงตรวจพบโรคเร็วขึ้นใน 6 วัน (ใช้เวลาน้อยลง 9 วัน) สามารถแจ้งรายงานโรคได้เร็วขึ้น ก่อนปรับปรุงจากเดิมใช้เวลา 2 วัน หลังปรับปรุงรายงานโรคได้เร็วขึ้นใน 1 วัน (ใช้เวลาลดลง 1 วัน) และยังสามารถกำจัดแหล่งแพร่เชื้อได้อย่างเบ็ดเสร็จ ก่อนปรับปรุงจากเดิมใช้เวลา 6 วัน หลังปรับปรุงกำจัดแหล่งแพร่เชื้อได้เร็วขึ้นใน 2 วัน (ใช้เวลาลดลง 4 วัน) นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระงานและค่ายาได้ถึง 563 ราย โดยหน่วย สามารถลดจำนวนผู้สัมผัสโรคที่ถูกติดตามและได้รับยาปฏิชีวนะป้องกันโรค ก่อนปรับปรุงจากจากเดิม จำนวน 638 ราย หลังปรับปรุงจำนวนผู้สัมผัสโรคและได้รับยาปฏิชีวนะ ลดลงเหลือ 75 ราย อีกทั้ง สามารถควบคุมและลดการแพร่กระจายโรค ซึ่งก่อนปรับปรุง พบจำนวนจุดชำแหละซากสัตว์ไม่ถูกสุขลักษณะที่ตรวจเจอเชื้อจากเดิม จำนวน 3 แห่ง หลังปรับปรุงพบจำนวนจุดชำแหละซากสัตว์ไม่ถูกสุขลักษณะที่ตรวจเจอเชื้อ ลดลงเหลือ 1 แห่ง

ผลการขยายผลรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบไปใช้ ได้ดำเนินการขยายผลนำไปบรรจุหลักสูตรอบรมระบาดวิทยาสำหรับเจ้าหน้าที่หน่วย CDCU หลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ (อบจ.ศรีสะเกษ) โดยมุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติแบบกลุ่มจากเหตุการณ์สมมติ ในการสร้างทักษะการสอบสวนควบคุมโรคแอนแทรกซ์ ผ่านการเป็นวิทยากรกระบวนการ (Facilitator) ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และการแนะนำทางเทคนิคที่สำคัญ ได้แก่ การตั้งนิยามค้นหาผู้ป่วย ค้นหาสัตว์ป่วยตาย ค้นหาผู้สัมผัสโรค วิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจ การค้นหาสาเหตุและแหล่งแพร่เชื้อโรค รวมถึงสนับสนุนเครื่องมือในการใช้ฝึกปฏิบัติ SOP การสอบสวนโรค คลังความรู้สำหรับทีม JIT รวมถึงการได้ฝึกซ้อมใส่-ถอดอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) ผลจากการฝึกปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ในกลุ่ม นำไปประยุกต์ใช้ดำเนินงานได้ ซึ่งจากผลงาน รายงานสอบสวนโรคแอนแทรกซ์ พบว่า ระบุวิธีการตรวจจับได้จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย สามารถค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมได้จากกำหนดนิยามผู้ป่วยและนิยามผู้สัมผัสโรคได้ อธิบายการเก็บสิ่งส่งตรวจในการยืนยันสาเหตุของโรคได้ ระบุต้นตอและแหล่งแพร่เชื้อโรคได้ ระบุมาตรการป้องกันโรคในคนและสัตว์ ไม่พบระบุมาตรการกำจัดแหล่งแพร่เชื้อโรค อาทิ Vehicle (มีด เขียง) อุปกรณ์จัดเก็บเนื้อสัตว์ (ตู้เย็น ถังน้ำแข็ง) การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อสำหรับทำลายเชื้อในจุดชำแหละซากสัตว์ และพื้นที่ประกอบอาหาร

ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบ ผลการถอดบทเรียนร่วมกับทีมพี่เลี้ยง และหน่วย CDCU ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการปรับปรุงการสอบสวนควบคุมโรคที่สำคัญ ดังนี้

1) กลไกพี่เลี้ยงเชิงยุทธศาสตร์และการบูรณาการความเชี่ยวชาญแบบสหสาขาวิชาชีพ และหัวใจสำคัญคือจัดตั้งทีม 12 ราย ร่วมกันผสานพลังระดับนโยบาย (สคร.10 อบ.) และระดับปฏิบัติการ

(สสจ.มุกดาหาร) ทำหน้าที่บทบาทให้การสนับสนุนหน่วย CDCU ที่ถ่ายโอนภารกิจได้แบบประคับประคอง และการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานสังกัดกรมปศุสัตว์ เกิดการแก้ไขปัญหาแบบมีเป้าหมายเดียวกัน ที่ชัดเจน

2) การมีมาตรฐานการปฏิบัติงานด้วย SOP องค์ความรู้ที่มีแนวทางดำเนินงานที่ชัดเจน ทำให้หน่วย CDCU มีความมั่นใจในปฏิบัติงานและประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ จึงเกิดความสำเร็จในการตรวจจับโรคเร็ว การแจ้งรายงานเร็ว และการกำจัดแหล่งแพร่โรคแบบเบ็ดเสร็จได้เร็ว

3) การระดมเจ้าหน้าที่เน้นมาตรการเฝ้าระวังโรคเชิงรุกด้วยการตรวจคัดกรองโรคในชุมชนแบบเข้มข้น ค้นหาผู้ป่วยได้ครอบคลุมและค้นหาและทำลาย Vehicle (มีด เขียง) รวมถึงการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อทำลายสปอร์ของเชื้อในอุปกรณ์เก็บเนื้อ (ตู้เย็น ถังน้ำแข็ง) สามารถตัดวงจรการรับเชื้อมาสู่คนและสัตว์ ส่งผลให้ไม่พบเชื้อปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม

4) การแจ้งรายงานเร็วและแลกเปลี่ยนข้อมูลผลการสอบสวนโรคและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่าง CDCU และทีมปศุสัตว์จังหวัดที่เกิดขึ้น ในการปฏิบัติงานภาคสนามร่วมกัน และแลกเปลี่ยนข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างภาคสาธารณสุขและภาคปศุสัตว์ ส่งผลให้นำข้อมูลที่ได้ไปสู่การตอบโต้และได้มาตรการครอบคลุมรอบด้าน

สรุปและอภิปรายผล

หลังจากการพัฒนารูปแบบเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบของหน่วย CDCU ได้ประเด็นสำคัญที่แสดงถึงความสำเร็จในการปิดช่องว่าง และเป็นการปรับปรุงการสอบสวนควบคุมโรคแอนแทรกซ์ ดังนี้

เกิดการปรับปรุงการสอบสวนควบคุมโรคด้วยศักยภาพเชิงระบบหน่วย CDCU ที่ถ่ายโอนภารกิจ ร่วมกับทีมปศุสัตว์จังหวัด สามารถจำกัดวงแพร่ กระจายโรคได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะมีการตรวจจับโรคได้เร็วขึ้นจากเดิม 15 วัน เหลือเพียง 6 วัน (ลดลงได้ 9 วัน) การแจ้งรายงานโรคที่เร็วขึ้นให้ผู้เกี่ยวข้องออกตอบโต้โรคได้ทันเหตุการณ์ จากเดิม 2 วัน เหลือเพียง 1 วัน (ลดลงได้ 1 วัน) และการกำจัดแหล่งแพร่เชื้อได้เบ็ดเสร็จที่เร็วขึ้นจากเดิม 6 วัน เหลือเพียง 2 วัน (ลดลงได้ 4 วัน) เป็นจุดเด่นการควบคุมโรคได้ประสิทธิภาพ ส่งผลให้ตัดวงจรแพร่ระบาดป้องกันสปอร์ของเชื้อไม่แพร่กระจายไปปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อมหรืออุปกรณ์ประกอบอาหารในครัวเรือนเป็นวงกว้าง กลับเข้ามาติดต่อสู่คน สะท้อนถึงความสำเร็จของ ระบบพี่เลี้ยง และผู้เชี่ยวชาญจากกรมควบคุมโรคและกรมปศุสัตว์ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเปลี่ยนการทำงานแบบตั้งรับเป็นการทำงานแบบมีกลยุทธ์เชิงรุกตอบโต้โรคเบ็ดเสร็จ สอดคล้องกับ Aaron F Bochner ได้ระบุถึงการตรวจจับโรคช้าเกิน 7 วัน ร้อยละ 29 และแจ้งรายงานโรคช้าเกิน 1 วัน ร้อยละ 51 ส่งผลให้ตอบโต้ควบคุมโรคล่าช้าเกิน 7 วัน ถึงร้อยละ 73 [14]

เกิดประสิทธิผลลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของประชาชน เป็นผลสำเร็จเป็นจุดเด่นของหน่วย CDCU ในครั้งนี้ ได้แก่ สามารถลดจำนวนผู้สัมผัสโรคลงได้เป็นจำนวนมาก จากเดิม 638 ราย เหลือเพียง 75 ราย (ลดลงได้ 563 ราย) ซึ่งสะท้อนถึงการตัดวงจรการกระจายเนื้อและผลิตภัณฑ์สัตว์จากต้นตอที่เป็นจุดชำแหละซากสัตว์ไม่ถูกสุขลักษณะที่ตรวจเจอเชื้อลดลงจากเดิม 3 แห่ง เหลือเพียง 1 แห่ง จึงพิสูจน์ถึงการค้นหาและกำจัดแหล่งแพร่เชื้อในสิ่งแวดล้อมที่ทีมพี่เลี้ยงร่วมกับผู้เชี่ยวชาญกรมควบคุมโรคและกรมปศุสัตว์ ด้วยการโค้ชอย่างใกล้ชิด ส่งผลหน่วย CDCU วางมาตรการและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของประชาชน ด้วยการเพิ่มการรับรู้และแนะนำในการป้องกันโรค อาทิ เมื่อมีบาดแผลที่มือ ไม่หั่น ซอยเนื้อ ควรสวมถุงมือแบบใช้ครั้งเดียวป้องกันตนเองขณะหั่น ซอยเนื้อ เป็นต้น การเฝ้าระวังโรคด้วยการแนะนำวิธีสังเกตอาการแผล eschar ที่สงสัยเข้าได้กับโรคแอนแทรกซ์ ที่ผิวหนังของประชาชนในชุมชน นอกจากนี้ หลังใช้รูปแบบ ยังช่วย ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ ที่ต้องติดตามอาการผู้สัมผัสโรค และลดการใช้ยาปฏิชีวนะป้องกันโรค (PEP) ได้ถึง 11,260 เม็ด รวมถึงเกิด

ความร่วมมือกับทีมปศุสัตว์ ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลผลการสอบสวนโรค ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ มาตรการป้องกันโรคในสัตว์ทำการป้องกันการติดเชื้อในสัตว์ด้วยให้ยาปฏิชีวนะ และสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในสัตว์ด้วยการฉีดวัคซีนแอนแทรกซ์ในวัว กระบือ เป็นต้น ให้ครอบคลุมตามเกณฑ์ของกรมปศุสัตว์ในพื้นที่ชายแดน สอดคล้องกับ Muhammad Ahdi Kurniawan ได้ระบุกลยุทธ์การควบคุมที่สำคัญ ได้แก่ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคในสัตว์ การเฝ้าระวังเชิงรุก การเพิ่มความตระหนักรู้ของสาธารณชน และเพิ่มขีดศักยภาพของห้องปฏิบัติการ และตอบสนองควบคุมการระบาดด้วยแนวทางสุขภาพหนึ่งเดียว [15]

การขยายผลรูปแบบโดยบรรจุในหลักสูตรอบรมระบาดวิทยา ประเด็นที่น่าสนใจ ที่ได้ขับเคลื่อนผ่านการฝึกปฏิบัติทักษะแบบกลุ่ม โดยกำหนดเหตุการณ์สมมติ กับหน่วย CDCU สังกัด อบจ.ศรีสะเกษ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่สามารถประยุกต์ใช้ทักษะด้านระบาดวิทยา สามารถออกแบบกระบวนการสอบสวนการระบาดและวางมาตรการควบคุมโรคแอนแทรกซ์ได้ดี แต่ยังขาดมาตรการกำจัดแหล่งแพร่เชื้อในสิ่งแวดล้อม อาทิ การจัดการมีด เขียง อุปกรณ์เก็บเนื้อ (ตู้เย็น) จุดชำแหละซากสัตว์ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ จุดฝังซากสัตว์ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ เป็นโอกาสการพัฒนาที่จะได้มีการฝึกปฏิบัติภาคสนามให้มากขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริง โดยมีระบบพี่เลี้ยงเข้ามาเพิ่มศักยภาพเชิงระบบ โดยลงไปร่วมปฏิบัติการกับหน่วย CDCU ในการช่วยวางแผนและออกแบบการสอบสวนโรค รวมถึงกำหนดมาตรการ ช่วยให้เกิดการควบคุมโรคได้รัดกุมมากขึ้น สอดคล้องกับ Arkadii Vodianyk ได้ระบุถึง ในสภาวะวิกฤตการมีระบบพี่เลี้ยงเป็นที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญลงไปปฏิบัติงานร่วมกับทีมในพื้นที่แบบประคับประคอง ช่วยให้เกิดการปรับปรุงการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการใช้ยาปฏิชีวนะได้อย่างสมเหตุสมผลป้องกันการดื้อยา [16]

สรุปผล ดังนั้นเหตุการณ์การระบาดของโรคแอนแทรกซ์ในพื้นที่ชายแดน ต้นตอ มาจากการชำแหละซากสัตว์ไม่ถูกสุขลักษณะ เกิดสปอร์ของเชื้อปนเปื้อนในดินที่เป็นจุดชำแหละ แอ่งน้ำทิ้งอุปกรณ์ในครัวเรือน และอุปกรณ์จัดเก็บเนื้อ กลุ่มเสี่ยงที่ได้สัมผัสโรคเมื่อมีบาดแผลที่มือและเข่า จึงได้รับเชื้อทางอ้อมในอุปกรณ์และจุดที่มีเชื้อปนเปื้อนอยู่ ทำให้โรคเกิดการแพร่กระจายไปถึง 2 ตำบล ซึ่งมีช่องว่างเชิงระบบที่เกิดขึ้นคือหน่วยมีศักยภาพดำเนินงานที่เกิดข้อจำกัด ทั้งการตรวจจับโรคใช้เวลา 15 วัน การแจ้งรายงานใช้เวลา 2 วัน และการกำจัดแหล่งแพร่เชื้อได้เบ็ดเสร็จใช้เวลา 6 วัน ความสำเร็จของรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพเชิงระบบในการปรับปรุงการสอบสวนควบคุมโรคแอนแทรกซ์ ด้วยกระบวนการพี่เลี้ยงร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ผลลัพธ์หลังการพัฒนารูปแบบ พบความสำเร็จใน 3 ประเด็น ที่ลดช่องว่างเชิงระบบได้ชัดเจน ดังนี้ มีศักยภาพการสอบสวนควบคุมโรคได้เพิ่มขึ้น ลดจำนวนผู้สัมผัสโรคได้ ควบคุมและลดจุดชำแหละไม่ถูกสุขลักษณะที่ตรวจเจอเชื้อได้ และได้ขยายผลรูปแบบโดยบรรจุในหลักสูตรอบรมระบาดวิทยาสำหรับเจ้าหน้าที่หน่วย CDCU อบจ.ศรีสะเกษ ผ่านการฝึกปฏิบัติทักษะแบบกลุ่ม สามารถนิยามการเฝ้าระวังใช้ตรวจจับโรค หาต้นตอ และแหล่งแพร่เชื้อโรค เก็บสิ่งส่งตรวจ และวางมาตรการป้องกันโรคในคนและสัตว์ ได้โอกาสพัฒนา ต้องเสริมระบบพี่เลี้ยงในการเพิ่มศักยภาพให้การวางมาตรการป้องกันควบคุมโรคให้ครอบคลุมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน และขยายผลในวงกว้าง ดังนี้

1. ควรนำ SOP ที่พัฒนาขึ้นจัดทำเป็นคู่มือสอบสวนควบคุมโรคที่เข้าใจง่าย หรือ Infographic สำหรับหน่วย CDCU สังกัดอบจ. เน้นค้นหาเชิงรุกและกำจัดแหล่งแพร่เชื้อในสิ่งแวดล้อม มีด เขียง ตู้เย็น ให้เบ็ดเสร็จ

2. จังหวัดที่มีพื้นที่ชายแดนเสี่ยงต่อการระบาดโรคแอนแทรกซ์ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ควรใช้กลไกความร่วมมือ จัดทำบันทึกข้อตกลง MOU ระหว่าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปศุสัตว์จังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด และสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ในการรับรองแนวทางการเฝ้าระวังโรคในคนและสัตว์ การสนับสนุนทรัพยากรสำหรับควบคุมโรค และการควบคุมจุดชำแหละซากสัตว์ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ

3. ควรนำกระบวนการพี่เลี้ยง ไปเป็นต้นแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนภารกิจไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ในการรักษามาตรฐานการสอบสวนควบคุมโรคและขีดความสามารถการควบคุมโรคไม่ให้ลดลงในช่วงการเปลี่ยนผ่าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาต่อยอดในประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1. ควรศึกษาเชิงประเมินผลความคุ้มค่าเปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผล ของการควบคุมโรคด้วยระบบพี่เลี้ยง เปรียบเทียบกับการควบคุมโรคแบบเดิม ในการนำข้อมูลขอสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด

2. ควรมีการวิจัยเชิงทดลองในการหาน้ำยาฆ่าเชื้อที่ประสิทธิภาพสูงและปลอดภัย สำหรับทำลายสปอร์ของเชื้อในอุปกรณ์งานครัว (มีด เขียง) และภาชนะจัดเก็บอาหาร (ตู้เย็น) ที่มีความจำเพาะในระดับชุมชน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกถึงแรงจูงใจในการลักลอบชำแหละสัตว์ไม่ถูกสุขลักษณะของประชาชน ในการออกแบบเครื่องมือและกลวิธี หรือกลยุทธ์ในการสื่อสารความเสี่ยง สำหรับการพัฒนาพฤติกรรมเชิงวัฒนธรรมและความเชื่อได้

4. ควรพัฒนาระบบแจ้งเตือนภัยแบบอัตโนมัติด้วยปัญญาประดิษฐ์ (AI) สื่อสารผ่าน Smart phone เชื่อมโยงเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุมโรคแอนแทรกซ์ในคนและสัตว์ ระหว่างหน่วย CDCU สังกัดอบจ. และสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทีมปศุสัตว์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ให้ผู้เกี่ยวข้องได้รู้เร็วและออกตอบโต้โรคที่รวดเร็วทันเวลา และเป็นเอกภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้บริหารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ดร.เพ็ชรบูรณ์ พูลผล รองผู้อำนวยการ สคร.10 อบ. ที่ได้อนุญาตให้ดำเนินการศึกษาวิจัยให้สำเร็จลุล่วง ขอบคุณเจ้าหน้าที่ร่วมดำเนินงาน ดังนี้ กนกศักดิ์ รักษาสัตย์ นงค์นุช สุรัตนวดี ชนันรัตน์ ดวงบุปผา ภัทรามาศ ดาสันทัด และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร โรงพยาบาลดอนตาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในพื้นที่อำเภอดอนตาล รวมถึงคณะผู้เชี่ยวชาญจากกองระบาดวิทยา กองโรคติดต่อทั่วไป กองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค กรมควบคุมโรค และหน่วยงานปศุสัตว์ในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร สำนักงานปศุสัตว์เขต 4 กรมปศุสัตว์ ที่ได้สนับสนุนวิชาการที่สำคัญในด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคแอนแทรกซ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Organization for Animal Health.(2008). Anthrax in humans and animals. 4th Ed. Geneva: World Health Organization. 2008.
2. กรมควบคุมโรค.(2562). รู้ทันโรค [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2562. [เข้าถึงเมื่อ 2568 ก.ย. 9]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=1
3. Food and Agriculture Organization.(2016). Anthrax outbreaks: a warning for Improved prevention, control and heightened awareness [Internet]. Rome: Food and Agriculture Organization; 2016.[cited 2025

Sep 9]. Available from: https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/ 59269d58-654e-4790-ac60-a9ea7edd3a99/content

4. Emerging Pathogens Institute.(2019). New maps reveal first global estimate of Anthrax risk [Internet]. Gainesville: University of Florida; 2019. [cited 2025 Sep 9] Available from: https:// epi.ufl.edu/2019/05/19/new-maps-reveal-first-global-estimate-of-anthrax-risk/
5. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.(2568). ข่าวเพื่อสื่อมวลชน [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2568. [เข้าถึงเมื่อ 2568 ก.ย. 9]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th /brc/news.php?news=52322&deptcode=brc
6. เสาวพักตร์ ฮิ้นจ้อย.(2568). ระบาดวิทยาของโรคแอนแทรกซ์ในประเทศไทย [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี:กรมควบคุมโรค; 2568. [เข้าถึงเมื่อ 2568 ก.ย. 9] เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/file/d/15e_qb7qeOtbRzbrHsSvVDPgFKgKqOclM/view
7. Potter C, Brough R.(2004). Systemic capacity building: a hierarchy of needs. Health Policy Plan 2004;19(5):336-45. doi: 10.1093/heapol/czh038.
8. Frieden TR, Christopher TL, Bocher AF, Buissonniere M.(2021). 7-1-7: an organising principle, target, and accountability metric to make the world safer from pandemics. The Lancet 2021 ; 398(10300): 638-40. DOI:10.1016/S0140-6736(21)01250-2.
9. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
10. กองระบาดวิทยา.(2563). นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: หจก.แคนนา กราฟฟิค; 2563.
11. กองระบาดวิทยา.(2569). คลังความรู้สำหรับทีม JIT [อินเทอร์เน็ต]. 2569 [สืบค้นเมื่อ 3 ก.พ. 2569]. เข้าถึงจาก: https://sites.google.com/view/jit-ddc/หน้าแรก
12. กองระบาดวิทยา.(2569). การสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (PPE) สำหรับป้องกันโรค Ebola [อินเทอร์เน็ต]. 2569 [สืบค้นเมื่อ 3 ก.พ. 2569]. เข้าถึงจาก: https://www.youtube.com/watch?v=T3fUvLvHUE0
13. สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค.(2563). แนวทางพัฒนา MENTORING PROGRAM ในองค์กร. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค; 2563.
14. Bochner AF, Makumbi I, Aderinola O, Abayneh A, Jetoh R, Yemanaberhan RL, et al.(2023). Implementation of the 7-1-7 target for detection, notification, and response to public health threats in five countries: a retrospective, observational study. The Lancet Global Health 2023 ;11(6): E871-E879. doi.org/10.1016/s2214-109x(23)00133-x
15. Kurniawan Ma, Triadi B, Damayanti S, Azizah SN, Puspitasari H, Khairullah AR, et al.(2025). Anthrax in Indonesia. A One Health approach to zoonotic threats and integrated prevention strategies. Theory and practice of meat processing 2025; 10(3): 211-25. doi.org/10.21323/2414-438x-2025-10-3-211-225
16. Vodianyk A, Schehovtsova N, But N, Habicht J, Wertheim H.(2025). Continuous on-site mentoring For infection prevention and control antimicrobial stewardship programmes in war-affected settings: the example of Ukraine. The Lancet Infectious Diseases 2025 ; 25(7): 714-16. doi: 10.1016/S1473-3099(25)00288-9

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร

The Relationship between Mental Health Literacy and Depression among Caregivers of Patients with Psychiatric and Substance Use Disorders in Tha Sae District, Chumphon Province.

(Received: March 15,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 26,2026)

มยุรี นุ้ยมาก[1]
Mayuree Nuymak[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by cross-sectional study) มีเพื่อศึกษาระดับและความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้า ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 100 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้รวม (Mean = 3.08) องค์ประกอบด้าน ความรู้ความเข้าใจในการมีสุขภาพจิตระดับที่ดีสูงสุด (Mean= 3.33) โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.00 มีความรอบรู้ระดับดีมาก และส่วนใหญ่ร้อยละ 93.00 ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Mean = 1.08) ด้านความสัมพันธ์พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ($r = -.374$, $p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด ($r = -.268$, $p < .01$) รองลงมาคือความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือ ($r = -.220$, $p < .05$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($p > .05$)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลผู้ป่วย

Abstract

A survey research by cross-sectional study to determine the levels of mental health literacy and its relationship with depression among 100 caregivers of psychiatric and substance abuse patients. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The relationship between mental health literacy and depression was analyzed using Pearson's correlation coefficient.

The findings indicated that the participants had a high overall mean score for mental health literacy (Mean = 3.08). The highest-scoring dimension was "knowledge and understanding of maintaining good mental health" (Mean = 3.33). Specifically, 82.00% of the sample demonstrated an excellent level of literacy, while the vast majority (93.00%) exhibited no signs of depression (Mean = 1.08). Correlation Analysis: Overall mental health literacy showed a moderate negative correlation with depression ($r = -.374$, $p < .001$). Among the individual dimensions, "stigma reduction toward mental illness" had the strongest negative correlation with depression ($r = -.268$, $p < .01$), followed by "help-seeking efficacy" ($r = -.220$, $p < .05$). Notably, knowledge regarding mental disorders and their treatments showed no significant correlation with depression ($p > .05$).

Keywords: Mental Health Literacy, Depression, Caregivers, Stigma Reduction

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าแซะ อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเผชิญกับวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขจากโรคทางจิตเวชและภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นความผิดปกติทางสมองที่ส่งผลกระทบต่อทั้งอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม จนขัดขวางการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยความท้าทายสำคัญคือผู้ป่วยจำนวนมากมักแสดงออกในลักษณะภาวะซึมเศร้าซ่อนเร้น ที่ปิดบังความทุกข์ด้วยการยิ้มแย้ม ทำให้ขาดความเข้าใจและเข้าถึงการรักษา ได้ยากพบว่ามีคนเป็นโรคซึมเศร้าประมาณว่า 1.2 ล้านคนในประเทศไทย[1-3] นอกจากนี้ ปัญหาการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะกลุ่มแอมเฟตามีน ยังส่งผลกระทบต่อสารเคมีในสมอง นำไปสู่ภาวะหลงผิด ประสาทหลอน และอาการทางจิตถาวร ซึ่งความซับซ้อนของอาการทางจิตเวชร่วมกับยาเสพติดนี้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม จะนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรง การทำร้ายตนเองและผู้อื่น ส่งผลกระทบเป็นวงกว้างต่อคุณภาพชีวิต ทรัพย์สิน รวมถึงความเข้มแข็งของครอบครัวและสังคม ทำให้การดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อน[4]

สถานการณ์สุขภาพจิตในประเทศไทยมีความน่ากังวล โดยพบความชุกของปัญหาความเครียดและโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 7.1 ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายกว่า 53,000 คนต่อปี [5] สถิติจากกระทรวงสาธารณสุขสะท้อนให้เห็นว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาจำนวนมาก โดยมีจำนวนผู้ป่วยสะสมกว่า 97,202 คน[6] ผลกระทบนี้ไม่ได้จำกัดเพียงตัวผู้ป่วย แต่ยังส่งผลรุนแรงต่อกลุ่มผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นมารดาของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องเฉลี่ยถึง 6.7 ปี[7] มีการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเผชิญกับภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 12.9 - 32.6 โดยปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญคือความรู้สึกเป็นภาระ (r = .511, p = .000)[8] ซึ่งความรู้สึกนี้มักเกิดจากประสบการณ์ด้านลบ เช่น การถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายหรือใช้ถ้อยคำรุนแรง และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย[7] ในทางตรงกันข้าม การมีแรงสนับสนุนทางสังคมและความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (r = -.264 และ r = -.363)[8] นอกจากนี้ ในระยะแรกของการเจ็บป่วย ผู้ดูแลมักมีความกังวลใจสูงและพบการสื่อสารในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับสูง ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นความเครียดสะสมให้กับทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย[4,7-10] จากการผลักดันโรคจิตเวชต่างๆอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานของการรักษาผู้ป่วยทั้งบัตรทอง ประกันสังคม และข้าราชการ การรักษาด้วยยาครอบคลุมในสิทธิประโยชน์ การเพิ่มงบประมาณดูแลสุขภาพจิตเพื่อนำมาพัฒนาโครงการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจิตเวชทุกกลุ่มวัย ด้วยการสร้างการรับรู้ให้ทุกคนตระหนักและคัดกรองสุขภาพจิตตัวเองในเบื้องต้น ตั้งแต่ชุมชนติดตั้งระบบให้ความช่วยเหลือสุขภาพจิตในช่วงเปลี่ยนผ่านของชีวิต[3] และโดยบทบาทของผู้ดูแลต่อการฟื้นฟูสภาพ มีผลโดยตรงต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤต ปรับตัว และเป็นที่พึ่งให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด มีความจำเป็นต่อความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างถูกต้องและลดภาระทางใจของผู้ดูแลเอง[8] โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy: MHL) ถูกระบุว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตและพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือ มีการศึกษา[1] พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.201) กล่าวคือผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตดีย่อมมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าลดลง นอกจากนี้มีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญ[2] ซึ่งครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลมีบทบาท

สำคัญยิ่งต่อการดูแลระยะยาวโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรมการตัดสินใจ และความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม มีผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตของทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและญาติผู้ดูแล เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยทางจิตย่อมก่อให้เกิดความเครียด ส่งกระทบต่อระบบหรือโครงสร้างของครอบครัว สัมพันธภาพภายในครอบครัว รวมไปถึงส่งผลต่อการรับรู้ภาระแห่งตนที่สูงขึ้น และเกิดพฤติกรรมการดูแลเชิงลบตามมา ในระยะต่อ ๆ ไปนั้น ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลอาจเริ่มทอดทิ้งผู้ป่วยให้เป็นภาระของโรงพยาบาลหรือสังคมในที่สุด[8] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในปัจจุบันยังมีข้อสรุปที่หลากหลาย อาทิเช่น การศึกษา พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอาจแตกต่างกันไปตามปัจจัยส่วนบุคคล เพศ และระดับการศึกษา ซึ่งในบางกลุ่มประชากรระดับความรอบรู้ยังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางเท่านั้น อีกทั้งยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความแข็งแกร่งในชีวิต และความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน โดยการศึกษามักมุ่งเน้นไปที่กลุ่มวัยรุ่น นักศึกษา หรือประชาชนทั่วไปในชุมชน[11,12,13,14]

การดำเนินนโยบายด้านสุขภาพจิตมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ชุมชน และให้ความสำคัญกับครอบครัวในฐานะที่เป็นแหล่งสนับสนุนหลัก โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการดูแลจากครอบครัวและส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องรับบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลกิจวัตรประจำวันและประคับประคองผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก ซึ่งมักมีความบกพร่องด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ผู้ดูแลจึงเปรียบเสมือนที่พึ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล โดยผู้ดูแลมักเผชิญกับภาวะเหนื่อยล้า สุขภาพร่างกายทรุดโทรมจากการต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ส่งผลให้ขาดเวลาส่วนตัวในการทำกิจวัตรประจำวันหรือดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงที่จะได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายอีกด้วย ส่วนผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อให้เกิดความเครียดและความกังวลในระดับสูง โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจรู้สึกเป็นภาระ ท้อแท้ มองโลกในแง่ร้าย และหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม อาจพัฒนาไปสู่ภาวะผู้ป่วยจิตเวชแอบแฝงที่ต้องการการรักษาเสียเอง รวมทั้งผลกระทบด้านสังคมและการสื่อสารที่ผู้ดูแลและครอบครัวมักเผชิญกับการถูกตีตราจากชุมชนและการแบ่งแยกทางสังคม นอกจากนี้ บรรยากาศภายในการสื่อสารที่เต็มไปด้วยการตำหนิติเตียน หรือการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับสูง ยังสร้างความเครียดสะสมให้แก่ผู้ดูแลและส่งผลลบต่อตัวผู้ป่วย[9,10] แม้แนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจะเป็นกลไกสำคัญในการสร้างเกราะป้องกันทางใจ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าองค์ความรู้ส่วนใหญ่มักจำกัดอยู่ในกลุ่มประชากรทั่วไป และยังขาดบริบทจำเพาะของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ที่ต้องเผชิญกับตราบาปและความกดดันทางสังคมที่ซับซ้อน ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในบริบทของโรงพยาบาลท่าแซะ เพื่อนำข้อค้นพบที่ได้มาสังเคราะห์เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลแบบองค์รวมที่เสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ครอบครัว อันจะเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้อย่างยั่งยืนและลดวงจรการเจ็บป่วยซ้ำได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร

2. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในพื้นที่เขตอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร จำนวน 205 คน

กลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power (ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05, ความอำนาจการทดสอบมาตรฐาน ที่ 0.80 กำหนดขนาดอิทธิพล ที่ระดับ 0.30) ผลคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 84 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สำรองกลุ่มตัวอย่างเผื่อกรณีการสูญหายของข้อมูลหรือการไม่ตอบกลับอีกร้อยละ 20 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 100 คน การเลือกตัวอย่างเข้าศึกษา โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลำดับจนครบตามกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือยาเสพติดมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน สามารถอ่าน เขียน หรือสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจและใช้สมาร์ทโฟนในการตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้ด้วยตนเองและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

กระบวนการวิจัย หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการจัดเตรียมแบบสอบถามแฟลตฟอร์มออนไลน์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป, แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า และผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่ม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และการรักษาสิทธิและความลับของข้อมูล แล้วจึงส่งแบบสอบถามแฟลตฟอร์มออนไลน์ให้กลุ่มตัวอย่าง โดยเมื่อกลุ่มตัวอย่างกดยินยอมแล้ว ระบบจึงจะเปิดให้ทำแบบสอบถามในส่วนถัดไป และผู้วิจัยติดตามการตอบกลับและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ จนครบตามจำนวนที่กำหนด หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและนำเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ทางสถิติ

เครื่องมือแบบสอบถาม การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต [14,15,16] ดังนี้

ส่วนที่1 ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การเข้าร่วมหรือปฏิบัติศาสนกิจที่นับถือ สถานภาพสมรส การต้องการความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพหลัก รายได้/รายรับต่อเดือน รายได้รวมเฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัว การรับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของคนไทย อายุ 18 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจในการมีสุขภาพจิตที่ดี (รวม 5 ข้อ) องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษา (รวม 15 ข้อ) องค์ประกอบที่ 3 การลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิต (รวม 7 ข้อ) และองค์ประกอบที่ 4 ความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือหรือ

เข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพจิต (รวม 8 ข้อ) รวม 35 ข้อ โดยประกอบด้วยข้อคำถามที่มีข้อความทางบวก (Positive Statement) 25 ข้อ และข้อความทางลบ (Negative Statement) 10 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามมีตัวเลือก 5 ตัวเลือก ได้แก่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก นึกคิด และ ความ เข้าใจของตนเอง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

การให้ค่าน้ำหนักของคำตอบ ตามลำดับความสำคัญ 5 ระดับ แบบมาตราประเมินค่า (Likert Scale Questions) โดยกำหนดค่าน้ำหนักของคำตอบ เป็นคำถามข้อความเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง - ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าน้ำหนัก 5 – 1 ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ค่าน้ำหนัก 1 -5 แปลผลคะแนนระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับน้อย ถึง ระดับดีมาก เป็นได้แก่

ระดับดีมาก คะแนน ร้อยละ 80 -100

ระดับดี คะแนน ร้อยละ 70 -79

ระดับปานกลาง คะแนน ร้อยละ 60 -69

ระดับน้อย คะแนน ต่ำกว่า ร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ประกอบด้วย 2 คำถาม (2Q) คำตอบแบบเลือกตอบ มี หรือไม่มี การแปรผล โดยถ้าคำตอบไม่มีทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติไม่เป็นโรคซึมเศร้า และถ้าคำตอบ มีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถาม ที่ 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เป็นคำตอบแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก และให้ค่าคะแนน ได้แก่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน 1 – 7 วัน (1 คะแนน) เป็นบ่อย > 7 วัน (2 คะแนน) เป็นทุกวัน (3 คะแนน) แปลผลคะแนนรวม ระดับ < 7 คะแนน แปลผล ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก ระดับ 7 - 12 คะแนน แปลผล ระดับน้อย ระดับ 13 - 18 คะแนน แปลผล มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง และ ≥19 คะแนน แปลผล ระดับรุนแรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Correlation Coefficient)

ระยะเวลาดำเนินการ

ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ.2568 – เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยทำการขอหนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 009/2569

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.00 และ อายุเฉลี่ย 50.56 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50 - 59 ปี ร้อยละ 48.00 นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด ร้อยละ 99.00 การร่วมปฏิบัติศาสนกิจส่วนใหญ่ปฏิบัติแบบนานๆ ครั้ง ร้อยละ 61.00 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ สถานภาพคู่/ แต่งงาน ร้อยละ 59.00 ส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 33.00 อาชีพหลัก ส่วนใหญ่ คือ ธุรกิจส่วนตัว เช่น ค้าขาย ขายของออนไลน์ หาบเร่ แผงลอย ร้านค้า ค้าขายตลาดนัด ร้อยละ 44.00 แหล่งรายได้มาจากเงินเดือน/ ค่าจ้างจากการทำงาน ร้อยละ 54.14

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30,001 – 40,000 บาท ร้อยละ 38.00 โดยที่ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ระบุว่า พอกินพอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บออม ร้อยละ 57.00

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.00 ส่วนกลุ่มที่มีโรคประจำตัวมีร้อยละ 42.00 ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน ไขมัน ร้อยละ 70.37 ความสามารถเข้าถึงความช่วยเหลือได้โดยแหล่งช่วยเหลือหลักคือ เพื่อนบ้าน ชุมชน และครอบครัว (รวมกว่าร้อยละ 69.00) การสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งนี้เองที่เป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญ ในการลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง สอดคล้องกับข้อค้นพบ[7] ที่ชี้ให้เห็นว่าสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้ ส่วนด้านการรับข้อมูลสุขภาพจิต มีช่องทางหลักคือ อินเทอร์เน็ต/เว็บไซต์ ร้อยละ 26.42 และสื่อโซเชียลมีเดีย ร้อยละ 24.39 รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 20.33 การที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิตผ่านอินเทอร์เน็ตและโซเชียลมีเดียสูง (รวมกว่าร้อยละ 50.00) และได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 20.33)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร มี 4
องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจในการมีสุขภาพจิตที่ดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในนิยามและความสำคัญของสุขภาพจิตที่ดีในเกณฑ์สูง โดยเฉพาะในประเด็นที่ว่าสุขภาพจิตเป็นส่วนประกอบหนึ่งของการมีสุขภาพที่ดี (Mean = 3.61 ± S.D. = 0.584) ในประเด็นด้านการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลพบว่าผู้ดูแลเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าเป็นวิธีการรักษาสุขภาพจิตที่ดี (Mean = 3.50 ± S.D. = 0.577) ส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 53.00 แม้ในระดับที่มีระดับค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ (Mean = 3.03 ± S.D. = 1.114)

องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษา พบว่าความตระหนักรู้ในข้อกฎหมายและสิทธิการเข้าถึงบริการ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในระดับสูงมาก (Mean = 3.50 ± S.D. = .718) ต่อประเด็นการแจ้งเจ้าหน้าที่เมื่อพบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมอันตรายตามกฎหมายสุขภาพจิต ส่วนทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษาและการป้องกัน ในการที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า โรคทางจิตเวชป้องกันได้ถ้ารู้เร็วรักษาเร็ว (Mean = 3.40 ± S.D. =.778) ประเด็นที่ผู้ดูแลเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าผู้ที่บ่นอยากตายหรือสั่งลาคือกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง (Mean = 3.40 ± S.D. = .804) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีพฤติกรรมการแชร์ข่าวร้ายแรงหรือภาพสะเทือนขวัญในโซเชียลมีเดีย (Mean = 2.57 ± 1.094)

องค์ประกอบที่ 3 การลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิต พบว่า ข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การไปพบจิตแพทย์เป็นเรื่องน่ากลัวหรือน่าอาย (Mean = 2.86 ± S.D. = 1.155 กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลเรื่องการไปโรงพยาบาลจิตเวชเพราะกลัวคนรู้จักเห็น (Mean = 2.77 ± S.D. = 1.171) การลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิตเป็นด้านเดียวที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 2.21) และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สูงสุดถึง 1.094

องค์ประกอบที่ 4 ความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือหรือเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพจิต พบว่า ความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือหรือเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพจิต พบว่า ในด้านทักษะการเข้าถึงบริการ กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในระดับสูง มีความเชื่อมั่นในการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยอย่างยิ่งในระดับสูงต่อการขอความช่วยเหลือและการรับข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุข (Mean = 3.37 และ 3.34 ตามลำดับ) ส่วนข้อคำถามที่มีระดับค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ความสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลจิตใจหรือการรักษาความเจ็บป่วยทางจิตได้ เช่น การเข้าถึงผ่าน

อินเตอร์เน็ต สายด่วนต่างๆ แอพพลิเคชั่น โซเชียลมีเดีย (Mean = 3.14 ± S.D. = 0.899)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น (2Q) ของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกหดหู่เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง และไม่มีความรู้สึก เบื่อหน่าย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้า (9Q) และอาการสำคัญทางคลินิก พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมของภาวะซึมเศร้า (Mean = 1.08) โดยส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 93.00 รองลงมาคือ มีอาการระดับน้อย ร้อยละ 6.00 และมีอาการระดับปานกลาง ร้อยละ 1.00 และไม่พบอาการซึมเศร้ารุนแรง

4. ความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต กับ ภาวะซึมเศร้า

พบว่า ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.374$, $p < .001$) ในด้านองค์ประกอบย่อยพบว่า การลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดเมื่อเทียบกับด้านย่อยอื่นๆ ($r = -.268$, $p < .01$) นอกจากนี้ในด้านความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือ ($r = -.220$, $p < .05$) ก็มีความสัมพันธ์ทางลบเช่นกัน และด้านความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือหรือเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพจิต กับ ภาวะซึมเศร้า มีสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.239, -.220$, $p < .05$) อย่างไรก็ตาม ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = -.171$, $p > .05$)

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.00 และอายุเฉลี่ย 50.56 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50 - 59 ปี ร้อยละ 48.00 นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด ร้อยละ 99.00 การร่วมปฏิบัติศาสนกิจส่วนใหญ่ปฏิบัติแบบนานๆ ครั้ง ร้อยละ 61.00 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สถานภาพคู่/ แต่งงาน ร้อยละ 59.00 ส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 33.00 อาชีพหลัก ส่วนใหญ่ คือ ธุรกิจส่วนตัว เช่น ค้าขาย ขายของออนไลน์ หาบเร่ แผงลอย ร้านค้า ค้าขายตลาดนัด ร้อยละ 44.00 แหล่งรายได้มาจากเงินเดือน/ ค่าจ้างจากการทำงาน ร้อยละ 54.14 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30,001 – 40,000 บาท ร้อยละ 38.00 โดยที่ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ระบุว่า พอกินพอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บออม ร้อยละ 57.00 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย[7] ที่พบว่าผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอยู่ในวัยกลางคน ซึ่งเป็นวัยที่ต้องแบกรับภาระทั้งการดูแลครอบครัวและการทำงาน ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อความเครียดสะสม นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาและประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ เกษตรกร โดยมีรายได้พอกินพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บสะท้อนถึงความมั่นคงทางเศรษฐกิจที่จำกัด ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย[19] ที่ระบุว่าปัจจัยด้านรายได้และภาระหนี้สินมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.00 ส่วนกลุ่มที่มีโรคประจำตัวมีร้อยละ 42.00 ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน ไขมัน ร้อยละ 70.37 ความสามารถเข้าถึงความช่วยเหลือได้ โดยแหล่งช่วยเหลือหลักคือ เพื่อนบ้าน ชุมชน และครอบครัว (รวมกว่าร้อยละ 69.00) การสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งนี้เองที่เป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญ ในการลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง สอดคล้องกับข้อค้นพบ[7] ที่ชี้ให้เห็นว่าสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวช่วยลดความรู้สึกเป็น

ภาระและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้ ส่วนด้านการรับข้อมูลสุขภาพจิต มีช่องทางหลักคือ อินเทอร์เน็ต/เว็บไซต์ ร้อยละ 26.42 และสื่อโซเชียลมีเดีย ร้อยละ 24.39 รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 20.33 การที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิตผ่านอินเทอร์เน็ตและโซเชียลมีเดียสูง (รวมกว่าร้อยละ 50.00) และได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 20.33) สิ่งนี้สะท้อนว่าผู้ดูแลในยุคปัจจุบันมีความสามารถในการแสวงหาข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ตามแนวคิด[17] ที่ระบุว่าการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่หลากหลายช่วยส่งเสริมระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม การที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยสูง (50 ปีขึ้นไป) อาจมีอุปสรรคในการคัดกรองความถูกต้องของข้อมูลจากสื่อออนไลน์ จึงจำเป็นต้องมีกระบวนการเติมเต็มความรอบรู้จากบุคลากรทางการแพทย์โดยตรง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยตามที่การศึกษา[2] ได้นำเสนอผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร มี 4 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจในการมีสุขภาพจิตที่ดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในนิยามและความสำคัญของสุขภาพจิตที่ดีในเกณฑ์สูง โดยเฉพาะในประเด็นที่ว่าสุขภาพจิตเป็นส่วนประกอบหนึ่งของการมีสุขภาพที่ดี (Mean = 3.61 ± S.D. = 0.584) ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลมีการรับรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาวะแบบองค์รวม โดยไม่แยกส่วนสุขภาพกายและสุขภาพจิตออกจากกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[17] ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในมิติด้านความรู้ เป็นรากฐานสำคัญที่ช่วยให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลจิตใจตนเองควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาล ในประเด็นด้านการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่าผู้ดูแลเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าเป็นวิธีการรักษาสุขภาพจิตที่ดี (Mean = 3.50 ± S.D. = 0.577) ส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 53.00 ประเด็นนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากภาระการดูแลมักทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว การที่ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของสัมพันธภาพสอดคล้องกับงานวิจัยของ[7] ที่ระบุว่าปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมเป็นแรงสนับสนุน ที่ช่วยลดภาระทางใจและป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่าการเผชิญปัญหาเพียงลำพัง อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่น่ากังวลคือ พฤติกรรมการจัดการความเครียดที่ยังมีความเสี่ยง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มเห็นด้วยกับการใช้บุหรี่ สุรา หรือสารเสพติดในการคลายเครียด แม้ในระดับที่มีระดับค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ (Mean = 3.03 ± S.D. = 1.114) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้จะมีความรู้ แต่พฤติกรรมการเผชิญปัญหาก็ยังอาจไม่ถูกต้องตามหลักสุขภาวะ

องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษา พบว่าความตระหนักรู้ในข้อกฎหมายและสิทธิการเข้าถึงบริการ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในระดับสูงมาก (Mean = 3.50 ± S.D. = .718) ต่อประเด็นการแจ้งเจ้าหน้าที่เมื่อพบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมอันตรายตามกฎหมายสุขภาพจิต การที่ผู้ดูแลทราบช่องทางการแจ้งเหตุผ่านตำรวจ กำนัน หรือกู้ชีพ สะท้อนถึงการบูรณาการความร่วมมือในชุมชนที่เข้มแข็ง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อความรุนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ผลนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลในอำเภอท่าแซะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในมิติของการแสวงหาความช่วยเหลือระดับวิชาชีพ ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบหลักของแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ[18] ส่วนทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษาและการป้องกัน ในการที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า โรคทางจิตเวชป้องกันได้ถ้ารู้เร็วรักษาเร็ว (Mean = 3.40 ± S.D. =.778) เป็นตัวชี้วัดสำคัญของความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย[2] ที่ระบุว่าทัศนคติที่ดีต่อการรักษาเป็น

ปัจจัยผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม หากผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นเช่นนี้ จะส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยดีขึ้น และลดภาระทางใจของผู้ดูแลเอง และ การเฝ้าระวังและการป้องกันการฆ่าตัวตาย ประเด็นที่ผู้ดูแลเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าผู้ที่บ่นอยากตายหรือสั่งลาคือกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง (Mean = 3.40 ± S.D. = .804) แสดงถึงทักษะการรู้เท่าทันสัญญาณเตือน ซึ่งเป็นทักษะวิกฤตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด แต่ยังมีจุดอ่อนในด้านความฉลาดทางดิจิทัล โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีพฤติกรรมการแชร์ข่าวร้ายแรงหรือภาพสะเทือนขวัญในโซเชียลมีเดีย (Mean = 2.57 ± 1.094) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของตนเองและผู้อื่น ข้อมูลนี้สอดคล้องกับแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน[5] ที่เน้นการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโดยคนใกล้ชิด การที่ผู้ดูแลมีความรอบรู้ในด้านนี้จะช่วยลดอัตราการสูญเสียได้อย่างมีนัยสำคัญ และยังช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วย โดยสรุป ความรู้ความเข้าใจที่อยู่ในเกณฑ์ดีมากในองค์ประกอบนี้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ตามแนวคิด[1] เพราะเมื่อผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการจัดการภาวะฉุกเฉิน จะทำให้เกิดความมั่นใจในการทำหน้าที่ ลดความรู้สึกสิ้นหวัง และเป็นเกราะป้องกันภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบที่ 3 การลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิต พบว่า ข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การไปพบจิตแพทย์เป็นเรื่องน่ากลัวหรือน่าอาย (Mean = 2.86 ± S.D. = 1.155) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อค้นพบ[17] ที่ระบุว่าการมีความรู้ด้านสุขภาพจิตสูงอาจไม่ได้หมายถึงการมีทัศนคติเชิงบวกเสมอไป เนื่องจากอคติทางสังคมและการตีตรามีรากฐานมาจากวัฒนธรรมและความเชื่อที่ฝังรากลึกในชุมชน ผลกระทบของการตีตราต่อการเข้าถึงบริการ กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลเรื่องการไปโรงพยาบาลจิตเวชเพราะกลัวคนรู้จักเห็น (Mean = 2.77 ± S.D. = 1.171) ประเด็นนี้เป็นอุปสรรคสำคัญที่อาจส่งผลให้ผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าไม่กล้าเข้าสู่กระบวนการรักษา การลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิตเป็นด้านเดียวที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 2.21) และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สูงสุดถึง 1.094 (แสดงถึงความเห็นที่แตกต่างกันมากในกลุ่ม) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลในอำเภอท่าแซะส่วนใหญ่ ไม่มองว่า การเจ็บป่วยทางจิตคือความอ่อนแอของตัวบุคคล สิ่งนี้สะท้อนถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ถูกต้องในเชิงทฤษฎีว่าโรคจิตเวชคือความเจ็บป่วยไม่ใช่ข้อบกพร่องทางนิสัย สอดคล้องกับงานวิจัย[17] ที่ระบุว่าการมีความรู้พื้นฐานด้านสาเหตุของโรคจิตเวชที่ถูกต้อง จะช่วยลดการมองผู้ป่วยในแง่ลบและลดการโทษตัวบุคคล และสอดคล้องกับงานวิจัย[7] ที่ระบุว่าความรู้สึกอายและการถูกตีตราส่งผลให้ผู้ดูแลเลือกที่จะเก็บงำความทุกข์ไว้เพียงลำพัง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้อาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้นจนอาจนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายได้ โดยนัยสำคัญต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในอำเภอท่าแซะ การที่กลุ่มตัวอย่างยังคงมีการตีตราในระดับสูง แม้จะมีการเข้าถึงข้อมูลผ่านโซเชียลมีเดียได้ดี สะท้อนว่าสื่อออนไลน์อาจยังไม่สามารถทำลายกำแพงอคติได้เท่ากับการสร้างความตระหนักในชุมชนโดยตรง ข้อมูลนี้สอดคล้องกับแนวทาง[2] ที่เน้นว่าการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจำเป็นต้องมีกิจกรรมที่ช่วยปรับทัศนคติควบคู่ไปกับการให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าการมีปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องปกติที่รักษาได้ และกล้าที่จะขอความช่วยเหลือโดยไม่รู้สึกผิดหรืออาย แม้ก่อนหน้านี้ในองค์ประกอบเดียวกันจะพบว่าผู้ดูแลมีความอายหรือกลัวคนรู้จักเห็นเมื่อไปหาจิตแพทย์ แต่ในข้อนี้พวกเขากลับเข้าใจว่ามันไม่ใช่ความอ่อนแอ ประเด็นนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลมีความเข้าใจในระดับสติปัญญาว่าความเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องของสุขภาพ แต่ในระดับอารมณ์และสังคม พวกเขายังคงห่วงภาพลักษณ์และการยอมรับจากชุมชน สอดคล้องกับแนวคิด[1] ที่ว่าการตีตรามักมี 2 ระดับ คือการตีตราตนเองและการตีตราจากสังคม ซึ่งในกรณีนี้ผู้ดูแลอาจก้าวข้ามการตีตราตนเองได้ใน

ระดับหนึ่งแล้ว แต่ยังกังวลต่อการตีตราจากสังคมรอบข้างอยู่ การที่ไม่มองว่าความเจ็บป่วยทางจิตคือความอ่อนแอ เป็นปัจจัยบวกที่สำคัญมากเพราะจะช่วยให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกผิดหรือรู้สึกล้มเหลวเมื่อตนเองหรือผู้ป่วยมีอาการทรุดลง แสดงให้เห็นว่า การมีทัศนคติที่ถูกต้องว่าความเจ็บป่วยไม่ใช่ความอ่อนแอเป็นเกราะคุ้มกันชั้นดีที่ช่วยประคองสุขภาพจิตของผู้ดูแลไม่ให้ดิ่งลงไปสู่ภาวะซึมเศร้า แม้ในวันที่ร่างกายจะเหนื่อยล้าจากการดูแลก็ตาม ตามที่[2] ได้อธิบายไว้ว่าทัศนคติที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพจิต

องค์ประกอบที่ 4 ความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือหรือเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพจิต พบว่า ความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือหรือเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพจิต พบว่า ในด้านทักษะการเข้าถึงบริการ กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในระดับสูง มีความเชื่อมั่นในการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยอย่างยิ่งในระดับสูงต่อการขอความช่วยเหลือและการรับข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุข (Mean = 3.37 และ 3.34 ตามลำดับ) ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลในอำเภอท่าแซะมีศักยภาพในการเข้าถึงระบบบริการนั้นมีความพร้อมที่ดี และมีความไว้วางใจในระบบสาธารณสุข สะท้อนว่าพวกเขามั่นใจในช่องทางและวิธีการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับงานวิจัย[7] ที่ระบุว่าการรับรู้ว่ามีแหล่งช่วยเหลือที่พึ่งพาได้ จะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ดูแล และเป็นปัจจัยสำคัญที่ป้องกันไม่ให้ความเครียดสะสมจนกลายเป็นภาวะซึมเศร้า ส่วนข้อคำถามที่มีระดับค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ความสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลจิตใจหรือการรักษาความเจ็บป่วยทางจิตได้ เช่น การเข้าถึงผ่านอินเตอร์เน็ต สายด่วนต่างๆ แอพพลิเคชั่น โซเชียลมีเดีย (Mean = 3.14 ± S.D. = 0.899) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยสูงถึง 50.56 ปี และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น - ตอนปลาย ซึ่งอาจส่งผลต่อทักษะการใช้งานเทคโนโลยีที่ซับซ้อน เช่น การค้นหาข้อมูลเชิงลึกในเว็บไซต์หรือการใช้งานแอปพลิเคชั่นสุขภาพจิต แม้ผลข้อมูลส่วนบุคคลจะระบุว่าใช้โซเชียลมีเดียสูง แต่ส่วนใหญ่อาจเป็นเพียงการใช้งานเบื้องต้น (เช่น Facebook, Line) มากกว่าการใช้เพื่อแสวงหาความช่วยเหลืออย่างเป็นระบบสอดคล้องกับแนวคิด[17] ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในยุคใหม่ต้องพึ่งพาทักษะทางดิจิทัลควบคู่กันไป ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุหรือวัยกลางคนในชนบทอาจมีข้อจำกัดในส่วนนี้ การที่คะแนนความสามารถในการหาข้อมูลเองทางอินเทอร์เน็ตต่ำกว่าการไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยตรง แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลในอำเภอท่าแซะมีความไว้วางใจในตัวบุคคลมากกว่าสื่อดิจิทัลหรือสายด่วนที่ไม่เห็นหน้า ผลนี้สอดคล้องกับบริบทสังคมไทยในต่างจังหวัดที่เน้นสายสัมพันธ์และความเป็นกันเอง มีข้อมูล[2] สนับสนุนว่าแหล่งข้อมูลที่มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยตรงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ ในสถานการณ์วิกฤตหรือช่วงเวลาที่ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดนอกเวลาทำการของโรงพยาบาล หากความสามารถในการใช้สายด่วนสุขภาพจิต (1323) หรือแอปพลิเคชั่นมีจำกัด อาจส่งผลให้พวกเขาขาดที่ปรึกษาในช่วงเวลาที่ต้องการที่สุด ข้อมูลนี้สอดคล้องกับงานวิจัย[5] ที่พยายามผลักดันการใช้แพลตฟอร์ม Mental Health Check In เพื่อให้ประชาชนประเมินตนเองได้ที่บ้าน แต่หากผู้ดูแลยังมีระดับการเข้าถึงสื่อเหล่านี้ต่ำ (คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด) ก็อาจทำให้ภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการคัดกรองอย่างทันท่วงที

สรุป ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตรวม (Mean = 3.08 ± S.D. = 0.461) องค์ประกอบที่มีระดับความรอบรู้รวมสูงสุดคือ องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจในการมีสุขภาพจิตที่ดี มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 3.33 ± S.D. = 0.470) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ระดับดีมาก ร้อยละ 82.00 และระดับดี ร้อยละ 17.00 ส่วนองค์ประกอบที่มีระดับคะแนนรองลงมาคือ องค์ประกอบที่ 4

ความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือหรือเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ย (Mean = 3.27 ± S.D. = 0.670) โดยมีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ ในระดับดีมาก ร้อยละ 79.00 และ ระดับดี ร้อยละ 10.00 ซึ่งเป็นจุดแข็งในมิติความรู้พื้นฐานและการเข้าถึงบริการ สะท้อนว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในพื้นที่ท่าแซะมีความตระหนักรู้พื้นฐานดีเยี่ยม และมีทักษะในการเข้าหาบุคลากรสาธารณสุขเมื่อเกิดปัญหา ซึ่งอาจเป็นผลจากการทำงานเชิงรุกของงานสาธารณสุขในพื้นที่ ที่เน้นการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเบื้องต้น สอดคล้องกับแนวคิด[2] ที่ระบุว่าการส่งเสริมความรอบรู้ในมิติการเข้าถึงและการเข้าใจข้อมูล เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้าง ส่วนองค์ประกอบที่ระดับความรอบรู้ต่ำกว่า และเป็นช่องว่างด้านความรู้เฉพาะทางเกี่ยวกับโรค ได้แก่ องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษา และองค์ประกอบที่ 3 การลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิต มีระดับคะแนนเฉลี่ย (Mean = 3.16 ± S.D. = 0.549) และ (Mean = 2.53 ± S.D. = 0.908) ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าแม้ผู้ดูแลจะเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตทั่วไปดี แต่ความรู้เชิงเทคนิคเกี่ยวกับตัวโรค เช่น อาการทางคลินิก กลไกการออกฤทธิ์ของยา หรือการจัดการกับอาการกำเริบเฉพาะโรค ยังเป็นจุดที่ต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม ข้อมูลนี้สอดคล้องกับการศึกษา[17] ที่ชี้เห็นว่าระดับความรอบรู้ในส่วนที่เป็นความรู้ทางการแพทย์ มักต้องการการสื่อสารที่จำเพาะเจาะจงมากกว่าข้อมูลสุขภาพจิตทั่วไป และวิกฤตด้านการตีตรา ซึ่งเป็นอุปสรรคทางใจที่สำคัญที่สุด โดยเป็นที่น่าสังเกตว่าการลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิต มีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นถึงความย้อนแย้งในความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต คือผู้ดูแลรู้ว่าสุขภาพจิตสำคัญและรู้ว่าควรไปหาหมอที่ไหน แต่ในเชิงความรู้สึก ยังคงมีความกลัว ความอายและกังวลต่อสายตาคนรอบข้างสูงมาก การตีตราในระดับชุมชนยังคงเป็นกำแพงสูงที่ขัดขวางไม่ให้ความรู้ที่มีถูกนำมาใช้อย่างเต็มที่ ประเด็นนี้สอดคล้องกับงานวิจัย[7] ที่ระบุว่าความรู้สึกอายจากการตีตราทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความรู้สึกเป็นภาระ และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด หากเปรียบเทียบกับงานวิจัย[1] จะเห็นได้ว่าหากความรอบรู้ในส่วนการลดการตีตราต่ำ จะส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้และภาวะซึมเศร้าไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เพราะบุคคลจะเลือกเผชิญปัญหาเพียงลำพังมากกว่าการเปิดเผยเพื่อรับการเยียวยา

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น (2Q) ของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกหดหู่เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง และไม่มีความรู้สึก เบื่อหน่าย ซึ่งถือว่าเป็นสภาวะสุขภาพจิตที่ค่อนข้างดีเมื่อเทียบกับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยมีความสอดคล้องระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและระดับภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตใน องค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้ความเข้าใจ และ องค์ประกอบที่ 4 ด้านความสามารถในการขอความช่วยเหลือ ที่อยู่ในระดับดีมาก การที่ผู้ดูแลมีวัคซีนทางใจหรือมีความรู้ในการจัดการความเครียดเบื้องต้น เช่น การฝึกหายใจ หรือการปรึกษาคนใกล้ชิด เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดการสะสมของความทุกข์ใจจนลุกลามเป็นภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับข้อค้นพบ[1] ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต และช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ ด้านพลังของการสนับสนุนทางสังคมในพื้นที่อำเภอท่าแซะ การที่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าต่ำมาก พบเพียงร้อยละ 4.00 - 8.00 อาจเป็นผลมาจากปัจจัยด้านแหล่งช่วยเหลือในชุมชนที่ระบุไว้ก่อน

หน้านี้ว่า ร้อยละ 85.00 เข้าถึงความช่วยเหลือได้โดยเฉพาะจากเพื่อนบ้านและครอบครัว การมีระบบเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งช่วยทำหน้าที่เป็นเบาะรองรับต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งต่างจากงานวิจัย[7] ที่ศึกษาในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย และพบภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลสูงถึงร้อยละ 12.9 ซึ่งอาจเป็นเพราะบริบททางสังคมเมืองมีความโดดเดี่ยวมากกว่าบริบทกึ่งเกษตรกรรมในพื้นที่อำเภอท่าแซะ แสดงให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในระดับต่ำของกลุ่มตัวอย่าง สะท้อนถึงความสำเร็จของการสร้างความตระหนักรู้และการช่วยเหลือกันในชุมชน ซึ่งเป็นผลลัพธ์เชิงประจักษ์ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดีในด้านการจัดการความเครียดและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุน อย่างไรก็ตามแม้สัดส่วนผู้มีอาการจะน้อยมาก ร้อยละ 4.00 - 8.00 แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องความเบื่อหน่ายมากกว่าความหดหู่ เศร้า ท้อแท้ ถึง 2 เท่า ซึ่งอาจเป็นจุดที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และเร่งแก้ไขปัญหาการตีตราเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลกล้าสื่อสารความทุกข์ใจออกมาอย่างแท้จริง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้า (9Q) และอาการสำคัญทางคลินิก พบว่าค่าเฉลี่ยรวมของภาวะซึมเศร้า (Mean = 1.08) โดยส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 93.00 รองลงมาคือ มีอาการระดับน้อย ร้อยละ 6.00 และมีอาการระดับปานกลาง ร้อยละ 1.00 และไม่พบอาการซึมเศร้ารุนแรง สะท้อนให้เห็นว่า อาการที่ผู้ดูแลเผชิญส่วนใหญ่เป็นอาการทางกาย มากกว่าอาการทางจิตใจที่รุนแรง โดยมีประเด็นอภิปรายที่สำคัญคืออาการทางกายสะท้อนภาระการดูแล พบระดับภาวะซึมเศร้าที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในกลุ่มผู้ดูแลเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัย[7] ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 12.9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยมีอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าที่ต่ำกว่า (ร้อยละ 7.00 รวมทุกระดับ) ผลลัพธ์นี้สะท้อนถึงสุขภาวะทางจิตที่ดีของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ แม้จะต้องเผชิญกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก็ตาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในฐานะปัจจัยปกป้อง ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ผลนี้แสดงให้เห็นว่าแม้ผู้ดูแลจะมีความเหนื่อยล้าทางกาย แต่พวกเขายังคงมีความแข็งแกร่งในชีวิตและเห็นคุณค่าในสิ่งที่ตนเองทำ แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนใน องค์ประกอบที่ 1 (ความรู้ความเข้าใจ) และองค์ประกอบที่ 4 (ทักษะการขอความช่วยเหลือ) ในระดับดีมาก การที่ผู้ดูแลมีความเข้าใจว่าสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพกายและรู้วิธีจัดการความเครียดเบื้องต้น รวมถึงความมั่นใจในการเข้าถึงบุคลากรสาธารณสุข ทำให้มีกลไกการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในองค์ประกอบที่ 2 (การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย) ที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสูง ทำให้พวกเขามีทัศนคติที่ถูกต้องและตระหนักถึงคุณค่าของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษา[1] ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตช่วยเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงได้ มีความเชื่อมโยงกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในบริบทโรงพยาบาลหรือผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีความใกล้ชิดตลอดเวลา ซึ่งมักพบความชุกของภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่า ดังเช่นการศึกษา[7] ที่ศึกษาในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่าผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพจิตและภาระในการดูแลที่ส่งผลต่อความเครียดและซึมเศร้าได้มากกว่า เนื่องจากต้องรับมือกับพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและยาวนาน สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่าง ในอำเภอท่าแซะยังคงมีความสามารถในการควบคุมตนเองและดำเนินชีวิตประจำวันได้ดี การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการเตรียมความพร้อม ฝึกอบรม และมีบทบาททางสังคมที่ได้รับการยอมรับ ทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีกว่า

ผู้ดูแลที่แยกตัวโดดเดี่ยว สอดคล้องกับงานวิจัย[19] ที่พบว่าประสบการณ์ของผู้ดูแลที่มีการจัดการที่ดีและการได้รับความเข้าใจ จะช่วยลดผลกระทบทางด้านจิตใจได้ ผลลัพธ์นี้เป็นเครื่องยืนยันว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่สูงในด้านการจัดการความเครียดเบื้องต้น ตามองค์ประกอบที่ 1 ช่วยให้พวกเขามีทักษะในการประคับประคองภาวะอารมณ์ ไม่ให้ทรุดโทรมจนส่งผลต่อบุคลิกภาพหรือการเคลื่อนไหว สรุปได้ว่าภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในลักษณะ มีเกราะคุ้มกันทางจิตใจที่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นผลมาจากระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดี

4. ความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต กับ ภาวะซึมเศร้า พบว่า ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.374$, $p < .001$) แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูง จะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการศึกษา[24] ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตและการจัดการความเครียด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิด[18] ที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นทักษะสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ โดยผู้ที่มีความรอบรู้สูงจะมีความสามารถในการตระหนักรู้ถึงความผิดปกติทางอารมณ์ได้เร็วกว่า และมีทักษะในการจัดการความเครียดหรือหาทางออกที่เหมาะสม ทำให้ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่าผู้ที่มีความรอบรู้น้อย ในด้านองค์ประกอบย่อยพบว่า การลดการตีตราต่อการเจ็บป่วยทางจิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดเมื่อเทียบกับด้านย่อยอื่นๆ ($r = -.268$, $p < .01$) ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นว่าทัศนคติเชิงลบหรือการตีตรา อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่กดดันให้เกิดความเครียดและซึมเศร้า การที่บุคคลมีทัศนคติที่เปิดกว้างและไม่ตีตราผู้ป่วยจิตเวชหรือตนเอง อาจช่วยลดความกดดันทางสังคมและความรู้สึกด้อยค่าในตนเอง ซึ่งเป็นเกราะป้องกันทางจิตใจที่สำคัญ นอกจากนี้ในด้านความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือ ($r = -.220$, $p < .05$) ก็มีความสัมพันธ์ทางลบเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าการรู้ช่องทางและกล้าที่จะขอความช่วยเหลือ เป็นปัจจัยป้องกันที่ช่วยให้บุคคลเข้าถึงการรักษาก่อนที่อาการจะรุนแรง ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจในการมีสุขภาพจิตที่ดี กับ ภาวะซึมเศร้า และด้านความสามารถในการขอรับความช่วยเหลือหรือเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพจิต กับ ภาวะซึมเศร้า มีสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.239$, $-.220$, $p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษา[1] ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูง จะส่งผลให้ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยความรอบรู้จะเป็นกลไกที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจสภาวะอารมณ์ของตนเองและรู้วิธีจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ซึ่งในบริบทของอำเภอท่าแซะ หากผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ถูกต้อง จะช่วยให้มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ไม่รู้สึกว่าการป่วยทางจิตเป็นเรื่องน่าอาย และกล้าที่จะขอความช่วยเหลือจากระบบสาธารณสุขหรือคนรอบข้างได้รวดเร็วขึ้น ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลงตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = -.171$, $p > .05$) ผลการวิจัยนี้อาจอธิบายได้ว่า การมีความรู้เชิงทฤษฎีเกี่ยวกับตัวโรคหรือยาเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอที่จะช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ หากปราศจากการนำความรู้นั้นไปปรับใช้จริง หรือขาดทัศนคติที่ถูกต้องและการจัดการอารมณ์ที่ดี อีกนัยหนึ่งคือ การรู้ว่าโรคคืออะไร ไม่ได้เป็นการยืนยันว่าบุคคลนั้นจะมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งเสมอไป จากการพิจารณาร่วมกับ องค์ประกอบที่ 3 ด้านการลดการตีตรา ที่พบว่าผู้ดูแลยังมีระดับความอายและ

ความกลัวต่อการเจ็บป่วยทางจิตในระดับสูง จึงมีความเป็นไปได้ว่าผลการคัดกรอง 2Q ที่ต่ำมากอาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะไม่แสดงออกถึงความเศร้าเพราะกลัวการถูกมองว่าอ่อนแอหรือมีความผิดปกติทางจิต ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะ[17] ที่ว่าในกลุ่มประชากรที่มีการตีตราสูง การประเมินสุขภาพจิตอาจไม่สะท้อนความเป็นจริงทั้งหมดหากผู้ตอบยังกังวลเรื่องภาพลักษณ์ทางสังคม

สรุปการอภิปรายผลภาพรวม เมื่อพิจารณาทุกองค์ประกอบร่วมกัน งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในพื้นที่อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร มีพื้นฐานความรู้และทักษะการเข้าถึงบริการที่เข้มแข็งมาก จากการพิจารณาองค์ประกอบต่างๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยในอำเภอท่าแซะ มีความรอบรู้ดี รู้ว่าโรคคืออะไร อาการเป็นอย่างไร และต้องไปรักษาที่ไหน แต่ยังมีทัศนคติที่กังวลต่อการถูกตีตราและพฤติกรรมเสี่ยงบางประการ เช่น การพึ่งพาสารเสพติดในการคลายเครียด และการเสพสื่อที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นช่องว่างระหว่าง ความรู้ กับทัศนคติ และเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจขวางกั้นความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตในอนาคตควรเน้นไปที่การลดการตีตราในชุมชน โดยใช้ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมในพื้นที่ และทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ผู้ดูแลมีอยู่ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยพยุงภาวะสุขภาพจิตไม่ให้ตกไปอยู่ในระดับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง เพื่อให้ความรู้ที่มีอยู่ถูกนำไปใช้อย่างเต็มศักยภาพปราศจากความกังวลทางสังคม มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการความเครียดที่ถูกต้อง มีการเข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์ได้อย่างแท้จริง ผลการศึกษาจึงสามารถนี้ชี้ให้เห็นว่าการมุ่งเน้นให้ประชาชนท่องจำอาการของโรค อาจไม่สำคัญเท่ากับการสร้างสังคมที่เปิดใจและลดการตีตรา ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถานบริการสาธารณสุขควรจัดอบรมเนื้อหาที่เน้นการปรับทัศนคติ การสร้างความตระหนักว่าการ
เจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องธรรมดาที่รักษาได้ เพื่อลดอคติในชุมชนและลดความอายของผู้ป่วยในการเข้าสู่กระบวนการรักษา

2. ควรพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการที่ง่ายและเป็นความลับ เช่น การมี Consultation Clinic ในระดับปฐมภูมิที่แยกสัดส่วนชัดเจน หรือการมี Hotline สายด่วนสุขภาพจิตชุมชน เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงกล้าที่จะขอความช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อเริ่มมีอาการ โดยไม่ต้องรอให้ป่วยหนัก

3. มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพจิตเชิงบวก โดยควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะทางใจ เช่น การจัดการ
ความเครียด, การฝึกสติ, หรือกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่เน้นความสุขแทนการมุ่งเน้นแต่การค้นหาผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว เพราะการมีทักษะทางใจที่ดีเป็นเกราะป้องกันภาวะซึมเศร้าได้จริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายผลการวิจัยและปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน

2. การศึกษาปัจจัยทำนาย โดยควรขยายการศึกษาโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อค้นหาว่าในบรรดาองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตนั้นตัวแปรใดเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะช่วยให้กำหนดนโยบายและแผนการดูแลกลุ่มเป้าหมายได้แม่นยำยิ่งขึ้น

3. การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยควรนำผลการศึกษานี้ไปสร้างเป็น โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เน้นการลดการตีตรา และทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยง แล้วเปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง เพื่อยืนยันผลในเชิงปฏิบัติจริง

เอกสารอ้างอิง

1. เรียม นมรักษ์,วริยา จันทร์ขำ, หทัยชนก บัวเจริญ.(2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข. 2567; 4(2): e265694. 1-16
2. กัญญาวีณ์ โมกขาว, มนัสวี จำปาเทศ, สุกัญญา สุรังสี, ชะเอม มหากัณฑ์.(2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566; 33(2): 85 – 96
3. กลุ่มสื่อสารและประชาสัมพันธ์ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.(2567). ชวนรู้เท่าทันเสี่ยงสัญญาณเตือนโรคซึมเศร้า. 2567. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31922
4. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2563). แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา ยา สารเสพติด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัทพรอสเพอรัสพลัส จำกัด.
5. เทอดศักดิ์ เดชคง.(2566). สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย ผ่านMental Health Check In. 2566. สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ได้รับการสนับสนุนทุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ผ่านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวตักรรม (สกสว.) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566.
6. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์.(2568). สื่อเทคโนโลยีแบบประเมินโรคซึมเศร้าออนไลน์ (9Q). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.camri.go.th/th/knowledge/article/ar2/ar2-144
7. วิลาสินี พิศณุ, ธรรมนาถ เจริญบุญ.(2562). ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2562; 64(4): 317-336
8. ปัญญา ยืนยงตระกูล, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน, นันทิยา เอกอธิคมกิจ, ฐิติมา สงวนวิชัยกุล.(2566). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2566; 37(2): 1 – 21
9. กัลยา หนูคง.(2568). ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด. 2568; 2(3): 43 -53
10. ทวีศักดิ์ กสิผล, พิจิตรา ชุณหฐิติธรรม, ชฎาภา ประเสริฐทรง, ชนิกา เจริญจิตต์กุล, ศิริยุพา นันสุนานนท์, อำพัน จารุทัสนางกูล.(2563). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2563; 13(1) : 102 -115
11. นุสรา นามเดช, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, อรทัย สงวนพรรค.(2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสระบุรี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2561; 11(3): 125 – 138
12. สมดี อนันต์ปฏิเวธ, ธัญญารักษ์ แสงบุญไทย, สุกัญญา แก่นงูเหลือม.(2565). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2565; 14(2): 389 - 398
13. บรรจง เจนจัดการ.(2561). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/7844/1/Fulltext.pdf
14. สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต.(2567). แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2567. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก:https://mhl.prdmh.com/
15. คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.(2567). แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ปี 2567. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh-elibrary.org/items/show/1787.
16. กรมสุขภาพจิต.(2568). แบบประเมินภาวะซึมเศร้า. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/test/
17. ศุภวิชญ์ แสงอุดม.(2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักเรียนแพทย์ทหาร. 2567. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

18. Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Medical journal of Australia, 166(4), 182-186. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.theprachakorn.com/newsDetail.php?id=694
19. อริสมันต์ ศิริลาภ.(2566). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
20. เสาวนีย์ คงนิรันดร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ชนัดดา แนบเกสร.(2561). การวิจัยเชิงพรรณนาชนิดวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา.;วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.2561; 32(3): 118 -132 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก:https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/163110

การเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้ โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง และการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในผู้ป่วยกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก ที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดแผลจัดกระดูกและยึดตรึงด้วยโลหะในโรงพยาบาลพิมาย

Comparison of Effectiveness Between Ultrasound-Guided Axillary Brachial Plexus Block and General Anesthesia in Patients with Distal End Radius Fracture Undergoing Open Reduction and Internal Fixation Surgery at Phimai Hospital.

(Received: March 15,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 26,2026)

สุรีย์รัตน์ พูพิมาย[1]
Sureerat Phuphimai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Survey research by retrospective study) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง กับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในผู้ป่วยกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดแผลจัดกระดูกและยึดตรึงด้วยโลหะ ที่โรงพยาบาลพิมาย ศึกษาจากข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยจำนวน 180 ราย ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นสองกลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 90 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Chi-square หรือ Fisher's exact test

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความปวดหลังผ่าตัดที่ชั่วโมงที่ 1 และ 12 การได้รับยาบรรเทาอาการปวดที่ชั่วโมงที่ 1 และ 12 และคะแนนความปวดหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยคลื่นเสียงความถี่สูงเป็นวิธีการระงับความรู้สึกที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมความปวดหลังผ่าตัดในระยะแรก และอาจช่วยลดความจำเป็นในการใช้ยาแก้ปวดเมื่อเปรียบเทียบกับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ผลการศึกษาสนับสนุนการใช้การฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงเป็นทางเลือกในการระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก

คำสำคัญ: การสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้, คลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง, การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย, กระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก, ความปวดหลังผ่าตัด

Abstract

This survey research by retrospective study aimed to compare the effectiveness of ultrasound-guided axillary brachial plexus block with general anesthesia in patients with distal radius fracture undergoing open reduction and internal fixation at Phimai Hospital. A retrospective study was conducted using medical records from 180 patients treated between January 2022 and December 2024. Patients were classified into two groups, with 90 patients in each group. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Chi-square or Fisher's exact test.

The results demonstrated significant differences between the two groups in the proportion of patients with postoperative pain levels at 1 and 12 hours, the need for postoperative analgesics at the same time points, and the median pain score at 1 hour postoperatively. However, no significant difference was found in the total amount of postoperative analgesics administered. These findings indicate that ultrasound-guided axillary brachial plexus block is effective for early postoperative pain control and may reduce the need for postoperative analgesics during the early postoperative period compared with general anesthesia. The results support the use of ultrasound-guided axillary brachial plexus block as an alternative anesthetic technique for distal radius fracture surgery.

Keywords: Axillary brachial plexus block, Ultrasound-guided nerve block, General anesthesia, Distal radius fracture, Postoperative pain

[1] แพทย์หญิง แผนกวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย

บทนำ

การผ่าตัดเปิดแผลจัดกระดูกและยึดตรึงด้วยโลหะ (Open Reduction and Internal Fixation; ORIF) เป็นวิธีการรักษาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก โดยเฉพาะในกรณีที่กระดูกหักเคลื่อนหรือมีความซับซ้อนเกินกว่าที่จะรักษาด้วยการดึงยึดหรือใส่เฝือกได้[1] การผ่าตัดดังกล่าวช่วยให้สามารถจัดกระดูกกลับสู่ตำแหน่งเดิมและตรึงให้อยู่ในตำแหน่งอย่างมั่นคงด้วยแผ่นโลหะสกรู หรือวัสดุตรึงอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมการสมานของกระดูกและลดความเสี่ยงต่อการเคลื่อนของกระดูก[2] อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดบริเวณปลายแขนและข้อมือมักสัมพันธ์กับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในระดับสูง[3] ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 มีอาการปวดตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรง และอาจคงอยู่นาน 24–72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด[4, 5] โดยเฉพาะในการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกซึ่งมีการกระตุ้นโครงสร้างที่ไวต่อความปวด เช่น ผิวหนัง พังผืด เอ็น ข้อ และเยื่อหุ้มกระดูก ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากรายงานระดับความปวดหลังผ่าตัด (Verbal Numeric Rating Scale; VNS) อยู่ในช่วง 7–10[6, 7] ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดจึงไม่เพียงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย แต่ยังส่งผลต่อกระบวนการฟื้นตัว ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตหลังการรักษา[8,9,10]

การจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดสามารถทำได้หลายวิธี โดยการระงับความรู้สึกที่ใช้ในการผ่าตัดกระดูกและข้อ ได้แก่ การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia; GA) และการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนด้วยการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้ (Axillary brachial plexus block; US-guided axillary BPB) ภายใต้การนำทางด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ซึ่งเป็นเทคนิคที่ช่วยลดความปวดหลังผ่าตัดและลดความจำเป็นในการใช้ยาแก้ปวด[11, 12] การฉีดยาชาสกัดกั้นประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น เนื่องจากสามารถระบุตำแหน่งเส้นประสาทและโครงสร้างรอบข้างได้อย่างแม่นยำ ทำให้เพิ่มอัตราความสำเร็จของการระงับความรู้สึกและลดภาวะแทรกซ้อนเมื่อเทียบกับเทคนิคแบบดั้งเดิม อีกทั้งยังช่วยควบคุมความปวดหลังผ่าตัดบริเวณมือและแขนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[1, 13,14,15,16,17,18] อย่างไรก็ตาม เทคนิคดังกล่าวยังต้องอาศัยความชำนาญของผู้ปฏิบัติและกายวิภาคของเส้นประสาทในแต่ละบุคคลอาจส่งผลต่อความสำเร็จของการระงับความรู้สึก[17, 19,20,21]

โรงพยาบาลพิมายมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้รับบริการ 75 ราย 146 ราย และ 262 ราย ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567[22] ปัจจุบันโรงพยาบาลใช้ทั้งการระงับความรู้สึกทั้งสองวิธีการ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาประเมินประสิทธิผลของเทคนิคดังกล่าวในบริบทของโรงพยาบาลพิมาย ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลในการควบคุมความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักที่เข้ารับการผ่าตัด เปิดแผลจัดกระดูกและยึดตรึงด้วยโลหะ ระหว่างสองวิธีการระงับความรู้สึกโดยผลการศึกษาคาดว่าจะเป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนาแนวทางการระงับความรู้สึกและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลในการควบคุมความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดของวิธีการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงและวิธีการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในผู้ป่วยที่มีกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักและได้รับการผ่าตัดเปิดแผลจัดกระดูกและยึดตรึงด้วยโลหะ

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Survey research by retrospective study) โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักและเข้ารับการผ่าตัดเปิดแผลจัดกระดูกและยึดตรึงด้วยโลหะ ณ โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ประเมินผลโดยการเปรียบเทียบระดับความปวดชั่วโมงที่ 1 6 12 และ 24 ภายหลังปิดแผลปริมาณการใช้ยาระงับความเจ็บปวด ระยะเวลาที่เริ่มให้ยาระงับปวด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักและเข้ารับการผ่าตัดเปิดแผลจัดกระดูกและยึดตรึงด้วยโลหะในแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยเทคนิคการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้ภายใต้การนำทางด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และกลุ่มที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 เท่ากับ 0.05 และค่าพลังทางสถิติเท่ากับ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 176 ราย

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาทั้งหมดจำนวน 180 ราย แบ่งเป็นกลุ่มละ 90 ราย ได้รับการคัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 15–70 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักและเข้ารับการผ่าตัดเปิดแผลจัดกระดูกและยึดตรึงด้วยโลหะและได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้ภายใต้การนำทางด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง หรือการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ เวชระเบียนมีข้อมูลไม่ครบถ้วน การเปลี่ยนวิธีการระงับความรู้สึกระหว่างการผ่าตัด และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแจกแจงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ และสถานะทางกายภาพตามเกณฑ์ (ASA Physical Status) ตรวจสอบการกระจายของข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความปวด และการได้รับยาบรรเทาอาการปวดในช่วงเวลา 1, 6, 12 และ 24 ชั่วโมงหลังปิดแผลโดยใช้สถิติ Chi-square หรือ Fisher's exact test วิเคราะห์คะแนนความปวดในช่วงเวลา 1, 6, 12 และ 24 และปริมาณยาบรรเทาอาการปวด โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยใช้โปรแกรม SPSS

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา เลขที่ PHE 68-002

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนมากเป็นเพศหญิงจำนวน 120 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และกลุ่มที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยเทคนิคการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงส่วนมากเป็นเพศหญิง มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 67.8 และ 65.6 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีค่ามัธยฐานอายุอยู่ที่ 55 ปี ภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสัดส่วนของการมีโรคประจำตัวและ มีคะแนนการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญี

แพทย์แห่งอเมริกา (ASA Physical Status) ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายส่วนมากเป็นผู้ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.3 และเป็นผู้ป่วยที่แข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ (ASA1) เป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 62.2 ในขณะที่กลุ่มกลุ่มที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยเทคนิคการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงส่วนมากเป็นผู้มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 65.6 เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ควบคุมอาการได้ดีได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง (ASA2) เป็นส่วนมากคิดเป็นร้อยละ 65.6 การผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักและเข้ารับการผ่าตัดด้วยวิธีผ่าเปิดแผลจัดกระดูกและยึดตรึงด้วยโลหะในแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อด้วยวิธีการทั้งสองชนิดมีค่ามัธยฐานระยะเวลาผ่าตัดเท่ากับ 40 นาที (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร (n=180)

คุณลักษณะทางประชากร	**Total (n=180)**	**GA (n=90)**	**US-guided axillary BPB (n=90)**
เพศ			
ชาย	60 (33.3)	29 (32.2)	31 (34.4)
หญิง	120 (66.7)	61 (67.8)	59 (65.6)
อายุ (ปี) (Median (Q_1, Q_3))	55 (42.25, 62.75)	53 (33.75, 60.25)	58 (47.50, 65)
โรคประจำตัว			
ไม่มี	88 (48.9)	57 (63.3)	31 (34.4)
มีอย่างน้อย 1 โรค	92 (51.1)	33 (36.7)	59 (65.6)
ASA Physical Status			
ASA1	87 (48.3)	56 (62.2)	31 (34.4)
ASA2	93 (51.7)	34 (37.8)	59 (65.6)
ระยะเวลาผ่าตัด (นาที) (Median (Q_1, Q_3))	40 (30, 50)	40 (30, 60)	40 (30, 50)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบประสิทธิผลในการควบคุมความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และกลุ่มได้รับการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (n=180)

ประสิทธิผลในการควบคุมความปวด	**GA (n=90)**	**US-guided axillary BPB (n=90)**	**p-value**
ระดับความปวดชั่วโมงที่ 1 (Median (Q1, Q3) = 3 (0, 8))			
VNS ≤ ค่ามัธยฐาน	0 (0)	90 (100)	<0.01[a]*
VNS > ค่ามัธยฐาน	90 (100)	0 (0)	
ระดับความปวดชั่วโมงที่ 6 (Median (Q1, Q3) = 4 (4, 6))			
VNS ≤ ค่ามัธยฐาน	45 (50)	50 (55.6)	0.46[a]
VNS > ค่ามัธยฐาน	45 (50)	40 (44.4)	
ระดับความปวดชั่วโมงที่ 12 (Median (Q1, Q3) = 2 (2, 3))			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบประสิทธิผลในการควบคุมความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และกลุ่มได้รับการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (n=180)

ประสิทธิผลในการควบคุมความปวด	GA (n=90)	US-guided axillary BPB (n=90)	p-value
VNS ≤ ค่ามัธยฐาน	71 (78.9)	55 (61.1)	0.01[a]*
VNS > ค่ามัธยฐาน	19 (21.1)	35 (38.9)	
ระดับความปวดชั่วโมงที่ 24 (Median (Q1, Q3) = 0 (0, 2))			
VNS ≤ ค่ามัธยฐาน	50 (55.6)	61 (67.8)	0.09[a]
VNS > ค่ามัธยฐาน	40 (44.4)	29 (32.2)	
รับยาบรรเทาอาการปวดชั่วโมงที่ 1			
ไม่รับยา	5 (5.6)	90 (100)	<0.01[a]*
รับยา	85 (94.4)	0 (0)	
รับยาบรรเทาอาการปวดชั่วโมงที่ 6			
ไม่รับยา	57 (63.3)	54 (60)	0.65[a]
รับยา	33 (36.7)	36 (40)	
รับยาบรรเทาอาการปวดชั่วโมงที่ 12			
ไม่รับยา	87 (96.7)	76 (84.4)	<0.01[a]*
รับยา	3 (3.3)	14 (15.6)	
รับยาบรรเทาอาการปวดชั่วโมงที่ 24			
ไม่รับยา	89 (98.9)	90 (100)	0.99[b]
รับยา	1 (1.1)	0 (0)	

*p-value < 0.05, [a] Chi-square Test, [b] Fisher's exact test

ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลในการควบคุมความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด พบว่าระดับความปวดที่ชั่วโมงที่ 1 และ 12 และการรับยาบรรเทาอาการปวดชั่วโมงที่ 1 และ 12 ของกลุ่มได้รับการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง และกลุ่มได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

การเปรียบเทียบมัธยฐานของคะแนนความปวดและปริมาณยาบรรเทาอาการปวด ระหว่างกลุ่มพบว่าระดับความปวดชั่วโมงที่ 1 ของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายมีคะแนนความปวดสูงที่สุดในชั่วโมงที่ 1 ในขณะที่กลุ่มได้รับการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงมีคะแนนความปวดสูงที่สุดในชั่วโมงที่ 6 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความปวดและปริมาณยาบรรเทาอาการปวดระหว่างกลุ่มได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และกลุ่มได้รับการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง

ประสิทธิผลในการควบคุมความปวด	GA	US-guided axillary BPB	p-value
คะแนนความปวด (Median (Q_1, Q_3))			
ชั่วโมงที่ 1	8 (8, 10)	0 (0, 0)	<0.01*
ชั่วโมงที่ 6	4.5 (4, 6)	4 (2, 7)	0.09
ชั่วโมงที่ 12	2 (2, 2)	2 (1.75, 4)	0.17
ชั่วโมงที่ 24	0 (0, 2)	0 (0, 2)	0.09
ปริมาณยาบรรเทาอาการปวด (mg) (Median (Q_1, Q_3))			
ชั่วโมงที่ 1	3 (3, 4)	0 (0, 0)	-
ชั่วโมงที่ 6	0 (0, 3)	0 (0, 3)	0.83
ชั่วโมงที่ 12	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0.39
ชั่วโมงที่ 24	0 (0, 0)	0 (0, 0)	-

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการระงับความรู้สึกระหว่างการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง และการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในผู้ป่วยกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดแผลจัดกระดูกและยึดตรึงด้วยโลหะ ณ โรงพยาบาลพิมาย โดยใช้ข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 จำนวน 180 ราย แบ่งเป็นกลุ่มละ 90 ราย ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นประมาณสองในสามของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มัธยฐานอายุของผู้ป่วยอยู่ในช่วงวัยกลางคนถึงสูงอายุ และระดับ ASA physical status ส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับ ASA1 และ ASA2 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดเข้ามาศึกษาและวิเคราะห์ในงานวิจัยมีภาวะสุขภาพโดยรวมที่ค่อนข้างดีและมีคุณลักษณะทางประชากรใกล้เคียงกัน ทำให้สามารถเปรียบเทียบผลของวิธีการระงับความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม โดยปัจจัยด้านอายุและสภาพร่างกายของผู้ป่วยถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่มีโรคร่วมอาจมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบมากขึ้น[23]

ประสิทธิผลของการระงับความรู้สึก แบ่งออกเป็นระดับและความปวดภายหลังผ่าตัด การรับยาและปริมาณยาบรรเทาอาการปวด แบ่งเป็นชั่วโมงที่ 1 6 12 และ 24 เมื่อพิจารณาระดับความปวดหลังการผ่าตัด พบว่าในช่วง 1 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด กลุ่มได้รับการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงมีระดับความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายอย่างชัดเจนและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าวิธีการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง สามารถควบคุมความปวดในระยะเริ่มต้นหลังการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า ซึ่งอาจอธิบายได้จากกลไกของการสกัดกั้นการนำสัญญาณประสาทของเส้นประสาทในข่ายประสาทเบรเคียลที่ควบคุมการรับความรู้สึกบริเวณแขน ส่งผลให้การนำสัญญาณความเจ็บปวดจากบริเวณผ่าตัดไปยังสมองลดลง จึงทำให้ระดับความปวดหลังผ่าตัดลดลง[1, 13, 15, 24] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Rundgren และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสกัดกั้น

ข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้มีระดับความปวดหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด รวมทั้งมีการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์น้อยกว่า[25] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Galos และคณะ ที่รายงานว่าผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายมีคะแนนความปวดในช่วงหลังผ่าตัดระยะแรกสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[2]

อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ระดับความปวดในช่วง 6, 12 และ 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด พบว่าระดับความปวดของทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มใกล้เคียงกัน และไม่แตกต่างกันทางสถิติ เมื่อพิจารณาแนวโน้มของระดับความปวดเพิ่มเติม พบว่า กลุ่มระงับความรู้สึกทั่วร่างกายมีระดับความปวดสูงที่สุดในชั่วโมงที่ 1 หลังผ่าตัดและปิดแผล ซึ่งจัดอยู่ในระดับความปวดรุนแรง จากนั้นระดับความปวดค่อยๆลดลงเป็นระดับปวดปานกลาง และปวดเล็กน้อย ตามลำดับในระยะเวลาติดตาม ในขณะที่กลุ่มสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้จะมีค่าระดับความเจ็บปวดระดับปานกลางในช่วงชั่วโมงที่ 6 และระดับปวดเล็กน้อยในชั่วโมงที่ 12 เท่านั้น ซึ่งอาจอธิบายได้จากการที่ฤทธิ์ของยาชาที่ใช้ในการสกัดกั้นข่ายประสาทออกฤทธิ์นานกว่า และเริ่มลดลงตามระยะเวลา ทำให้ระดับความปวดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป โดยมีรายงานว่าระยะเวลาของการบล็อกเส้นประสาทเบรเคียลอาจมีช่วงตั้งแต่ประมาณ 2–12 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับชนิดของยาชา ปริมาณยา และปัจจัยของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ และการทำงานของอวัยวะสำคัญ เช่น ตับและไตนอกจากนี้ ในบางกรณีเมื่อฤทธิ์ของยาชาหมดลง ผู้ป่วยอาจเกิดอาการปวดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (Rebound pain) ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ภายหลังการทำ peripheral nerve block และอาจมีผลต่อระดับความปวดในช่วงเวลาติดตามหลังการผ่าตัด[26]

ด้านการใช้ยาแก้ปวดและระยะเวลาการได้รับยาแก้ปวดครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงมีแนวโน้มได้รับยาบรรเทาอาการปวดครั้งแรกช้ากว่ากลุ่มได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการระงับปวดจากการบล็อกเส้นประสาทที่สามารถยืดระยะเวลาการควบคุมความปวดหลังการผ่าตัดได้ สอดคล้องกับแนวคิดของการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่มุ่งเน้นการลดการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ เนื่องจากยากลุ่มดังกล่าวอาจทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก และภาวะกดการหายใจได้[10, 27] นอกจากนี้ การใช้คลื่นเสียงความถี่สูงช่วยนำทางในการทำสกัดกั้นข่ายประสาท (Nerve block) ยังช่วยเพิ่มความแม่นยำในการระบุตำแหน่งของเส้นประสาทและตำแหน่งเข็ม ทำให้สามารถฉีดยาชาได้อย่างถูกต้อง ลดปริมาณยาชาที่ใช้ และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การแทงทะลุหลอดเลือดหรือการบาดเจ็บของเส้นประสาท อีกด้วย[13, 28]

สำหรับภาวะแทรกซ้อนภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด จากผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในทั้งสองกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ecoffey และคณะ ที่รายงานว่าการสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้เครื่องอัลตราซาวด์มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทและภาวะเป็นพิษจากยาชา[29, 30]

ผลการศึกษานี้จึงมีความสำคัญในเชิงการประยุกต์ใช้ทางคลินิก เนื่องจากการเลือกใช้เทคนิคการระงับความรู้สึกที่เหมาะสมสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมความปวดหลังผ่าตัด และอาจส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดได้ดียิ่งขึ้น จากผลการศึกษาสามารถสรุปว่า การฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยคลื่นเสียงความถี่สูงเป็นวิธีการระงับความรู้สึกที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมความปวดหลังผ่าตัดในระยะแรก และอาจช่วยลดความจำเป็นในการใช้ยาแก้ปวดเมื่อเปรียบเทียบกับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย อย่างไรก็ตาม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในด้านการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนบางประการ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่า การฉีดยาชาสกัดกั้นข่ายประสาทเบรเคียลบริเวณรักแร้โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงสามารถลดระดับความปวดหลังการผ่าตัดในระยะเริ่มต้นและมีแนวโน้มช่วยลดการใช้ยาแก้ปวดเมื่อเปรียบเทียบกับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ดังนั้น สถานพยาบาลสามารถพิจารณานำเทคนิคดังกล่าวมาใช้เป็นทางเลือกในการระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดกระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมความปวดหลังผ่าตัด สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาที่สามารถควบคุมตัวแปรได้ดียิ่งขึ้น เช่น การศึกษาแบบไปข้างหน้า หรือการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม รวมทั้งอาจศึกษาผลลัพธ์เพิ่มเติม เช่น ระยะเวลาการฟื้นตัว ความพึงพอใจของผู้ป่วย และภาวะ rebound pain หลังการหมดฤทธิ์ของการบล็อกเส้นประสาท เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ทางคลินิกได้มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Amit Kumar Biswas, Debojyoti Das, Sarfraaz Rahman, Sandip Maji, Sandip Sinha, Mandal M.(2023). A comparison between axillary brachial plexus block and elbow block using ultrasound in patients undergoing surgeries of wrist and hand. Asian Journal of Medical Sciences. 2023;14(6):37-43.doi:10.3126/ajms.v14i6.52788
2. David K Galos, David P Taormina, Alexander Crespo, David Y Ding, Anthony Sapienza, Sudheer Jain, et al.(2016). Does Brachial Plexus Blockade Result in Improved Pain Scores After Distal Radius Fracture Fixation? A Randomized Trial. Clinical Orthopaedics and Related Research. 2016;475(5):1247-54.doi:10.1007/s11999-016-4735-1
3. Waipurintha N.(2018). Pain Management of Postoperative in Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. 2018;12(1).doi:
4. Hui Wang, Shanqing Li, Naixin Liang, Wei Liu, Hongju Liu, Liu H.(2017). Postoperative pain experiences in Chinese adult patients after thoracotomy and video-assisted thoracic surgery. Journal of Clinical Nursing. 2017;17-18:2744-54.doi:10.1111/jocn.13789
5. Vesna D Dinic, Milena Dragisa Stojanovic, Danica Markovic, Vladan Cvetanovic, Anita Zoran Vukovic, Jankovic RJ.(2018). Enhanced Recovery in Thoracic Surgery: A Review. Frontiers in Medicine. 2018;5(14).doi:10.3389/fmed.2018.00014
6. Hui Yun Vivian Ip, Amir Abrishami, Philip W H Peng, Jean Wong, Chung F.(2009). Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. Anesthesiology. 2009;111(3):657-77.doi:10.1097/ALN.0b013e3181aae87a
7. Margaret P Ekstein, Weinbroum AA.(2011). Immediate postoperative pain in orthopedic patients is more intense and requires more analgesia than in post-laparotomy patients. Pain Medicine. 2011;12(2):308-13.doi:10.1111/j.1526-4637.2010.01026.x
8. Angela Sauaia, Sung-joon Min, Chris Leber, Kathleen Erbacher, Fredrick Abrams, Fink R.(2005). Postoperative pain management in elderly patients: correlation between adherence to treatment guidelines and patient satisfaction. Journal of the American Geriatrics Society. 2005;53(2):274-82.doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53114.x
9. Debra B Gordon, June L Dahl, Christine Miaskowski, Bill McCarberg, Knox H Todd, Judith A Paice, et al.(2005). American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management:

American Pain Society Quality of Care Task Force. Archives of internal medicine. 2005;165(14):1574-80.doi:10.1001/archinte.165.14.1574

10. Kelvin A. Wong, Goyal KS.(2019). Postoperative Pain Management of Non–"Opioid-Naive" Patients Undergoing Hand and Upper-Extremity Surgery. American Association for Hand Surgery. 2019;15(5):651-8.doi:10.1177/1558944719828000
11. Ann-Kristin Schubert, Thomas Wiesmann, Christian Volberg, Jenny Riecke, Alexander Schneider, Hinnerk Wulf, et al.(2023). Rebound pain and postoperative pain profile following brachial plexus block compared to general anaesthesia-An observational study. Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2023;67(10):1414-22.doi:10.1111/aas.14318
12. Campbell Belisle Haley, Andrew R Beauchesne, John Christian Fox, Nelson AM.(2023). Block Time: A Multispecialty Systematic Review of Efficacy and Safety of Ultrasound-guided Upper Extremity Nerve Blocks. Western Journal of Emergency Medicine. 2023;24(4):774-85.doi:10.5811/westjem.56058
13. Ashish R Satapathy, Coventry DM.(2011). Axillary Brachial Plexus Block. Anesthesiology Research and Practice. 2011(22).doi:10.1155/2011/173796
14. Cienwen J Town, Haakan Strand, James Johnson, Zundert AV.(2023). Ultrasound-Guided Axillary Brachial Plexus Block for the Management of Graft Site Pain During Dressing Change in the Burn-Injured Patient: A Randomized Control Trial. Journal of Burn Care and Research. 2023;5(44(1)):53-7.doi:10.1093/jbcr/irac060
15. John M. Pester, Joseph Maxwell Hendrix, Varacallo MA.(2023). Brachial Plexus Block Techniques. In StatPearls: StatPearls Publishing; 2023.
16. Kristof Nijs, Maxime Van Rossum, Jean-Paul Ory, Maud Pierson, Gerrit De Wachter, Ina Callebaut, et al.(2023). Ultrasound-guided axillary brachial plexus block versus distal peripheral forearm nerve block for hand and wrist surgery: a randomised controlled trial. British Journal of Anaesthesia. 2023;131(1):e20-e2.doi:10.1016/j.bja.2023.03.020
17. Michael J Barrington, Samuel R Gledhill, Roman Kluger, Alexander L Clarke, Daniel M Wong, Henry Davidson, et al.(2016). A Randomized Controlled Trial of Ultrasound Versus Nerve Stimulator Guidance for Axillary Brachial Plexus Block. Regional Anesthesia and Pain Medicine. 2016;41(6):671-7.doi:10.1097/AAP.0000000000000486
18. Taotao Xing, Ge L.(2023). Ultrasound-Guided Brachial Plexus Block by Costoclavicular Space Approach: A Narrative Review. Medical Science Monitor 2023;14(29).doi:10.12659/MSM.939920
19. Aikaterini Chazapi, Panagiotis Lepetsos, Zoe Gambopoulou, Ioanna Siafaka, Erifylli Argyra, Vadalouka A.(2021). Analgesic Effect of the Topical Use of Dexamethasone in Ultrasound-Guided Axillary Brachial Plexus Blockade: A Prospective, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. Cureus Journal of Medical Science. 2021;28(13(1)).doi:10.7759/cureus.12971
20. Keito Koh, Onishi Tatsuki, Sonoko Sakuraba, Sho Yamazaki, Hajime Yako, Omae T.(2023). Neuropathies Following an Ultrasound-Guided Axillary Brachial Plexus Block. Local and Regional Anesthesia. 2023;4(16):123-32.doi:10.2147/LRA.S426515
21. Kristof Nijs, Pieter s' Hertogen, Simon Buelens, Marc Coppens, An Teunkens, Hassanin Jalil, et al.(2024). Axillary Brachial Plexus Block Compared with Other Regional Anesthesia Techniques in Distal Upper Limb Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Clinical Medicine. 2024;13(11).doi:10.3390/jcm13113185
22. Hospital P.(2024). Orthopedic surgery service statistics, 2022–2024 [HosXP database]. 2024.

23. W Trabelsi, A Ben Gabsia, A Lebbi, W Sammoud, I Labbène, S Kchelfi, et al.(2017). Effect of warming bupivacaine 0.5% on ultrasound-guided axillary plexus block. Randomized prospective double-blind study. Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research. 2017;103(1):71-5.doi:10.1016/j.otsr.2016.10.010
24. Miao Zhu, Sun W.(2024). Application and Research Progress of Ultrasound-Guided Brachial Plexus Block Through Costoclavicular Space Approach in Upper Limb Surgery Alternative Therapies in Health and Medicine. 2024;30(1):24-30.
25. Johanna Rundgren, Cecilia Mellstrand Navarro, Sari Ponzer, Alf Regberg, Stephan Serenius, Enocson A.(2019). Regional or General Anesthesia in the Surgical Treatment of Distal Radial Fractures: A Randomized Clinical Trial. The Journal of Bone and Joint Surgery. 2019;101(13):1168-76.doi:10.2106/JBJS.18.00984
26.Wen Li, Jiang Zhao, Feng Zou, Ying Chen, Yan-Hui Wang, Hong-Wei Duan, et al.(2023). Factors associated with prolonged duration of ultrasound-guided brachial plexus block for the upper limb fracture surgery: a cross-sectional study. Annals of Translational Medicine. 2023;11(2).doi:10.21037/atm-22-6365
27. Dilek Kutanis, Engin Erturk, Ali Akdogan, Ahmet Besir, Ali Altinbas, Asım Orem, et al.(2024). Comparison of the effects of axillary brachial plexus block, inhalation anesthesia, and total intravenous anesthesia on tourniquet-induced ischemia-reperfusion injury in upper extremity surgery. Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery. 2024;30(7):510-7.doi:10.14744/tjtes.2024.63534
28. Information NCfB.(2019). Anesthesia techniques in medical procedures. In: StatPearls, editor. StatPearls. StatPearls Publishing: Treasure Island, FL; 2019.
29. Ecoffey C, Oger E, Marchand-Maillet F, Cimino Y, Rannou JJ, Beloeil H, et al.(2014). Complications associated with 27 031 ultrasound-guided axillary brachial plexus blocks: a web-based survey of 36 French centres. Eur J Anaesthesiol. 2014;31(11):606-10.doi:10.1097/EJA.0000000000000063
30. Kehlet H, Dahl JB.(2003). Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. Lancet. 2003;362(9399):1921-8.doi:10.1016/S0140-6736(03)14966-5

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง

The effect of motivation enhancement program on relapse prevention behavior among amphetamine users receiving outpatient treatment at Hospital in Trang Province.

(Received: March 15,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 26,2026)

สุวิมล สนั่นชาติวณิช[1] บุบผา บุญญามณี[2] มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์[3]
Suwimol Sanunchatvinit[1] Bubpha Boonyamanee[2] Mayuree Lakkanasirorat[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มในโรงพยาบาล ระยะเวลา 4 สัปดาห์ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยเครื่องมือทั้ง 2 ส่วนผ่านการตรวจสอบตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ค่าความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ เท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติไคว์สแคว์ การทดสอบที และการวิเคราะห์การแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measurement ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของกลุ่มทดลองในระยะหลังหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ พฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน

ABSTRACT

The purposes of this quasi-experimental study were to test the effects of motivation enhancement program on relapse prevention behavior among amphetamine users receiving outpatient treatment at Hospital in Trang Province. Participants comprised 50 males diagnosed with ICD 10, aged 20 years, and undergoing outpatient treatment at a hospital in Trang Province. The participants were matched and randomly assigned to 1 of 2 groups (25 participants/group). Research instruments consisted of: 1) a motivational enhancement program on relapse prevention behaviors, including group activities, 8 activities of 60-90 minutes each, twice a week, and continually for 4 weeks; 2) a demographic data questionnaire and a relapse prevention behavior assessment questionnaire. Three experts verified the content validity of three instruments. Reliability of the relapse prevention behavior assessment questionnaire was analyzed using Cronbach's Alpha coefficient, yielding a value of .97. 2) a general information questionnaire; and 3) a relapse prevention behavior assessment scale. All three instruments were validated for content by three experts. The reliability of the relapse prevention behavior assessment was .97. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square, independent t-test, and two-way repeated measurement ANOVA

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง
[2] พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จังหวัดสงขลา Corresponding author: Dr. Bubpha Boonyamanee Email: pha.b2530@gmail.com เบอร์มือถือ/ Tel 081-963-6559
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

The results revealed that the mean scores on relapse prevention behaviors in the experimental group after finishing the program, following 1 and 3 months, were significantly higher than those of the control group at the .05. Furthermore, the mean scores on relapse prevention behaviors of the experimental group after finishing the program, following 1 and 3 months, were significantly higher than their pre-experiment scores at the .05 level.
Keywords: motivation enhancement program, relapse prevention behavior, amphetamine users

บทนำ

ในปัจจุบันสารเสพติดถือว่าเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก เนื่องจากมีการแพร่ระบาดอย่างแพร่หลาย มีความรุนแรงมากขึ้น และนำไปสู่ผลกระทบและปัญหาต่างๆ ของผู้ติดสารเสพติด ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติอย่างมากมาย อาทิ ปัญหาสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดสารเสพติด ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว รวมไปถึงปัญหาสังคม เศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคในการพัฒนาประเทศ[1] จากข้อมูลของการใช้สารเสพติดทั่วโลกและของประเทศไทยพบว่ามีการแพร่ระบาดของสารเสพติดกลุ่มสารกระตุ้นระบบประสาทประเภทแอมเฟตามีนเพิ่มมากขึ้น รายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลกปี 2566 ของสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) พบว่าในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการระบาดของยาบ้ามากขึ้น[2]

แอมเฟตามีน (Amphetamine) หรือยาบ้าเป็นสารเสพติดอันตรายที่ก่อให้เกิดผลเสียร้ายแรงต่อตัวผู้เสพ และสังคมส่วนใหญ่เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะกับวัยรุ่นพบว่าเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มการใช้แอมเฟตามีนมากขึ้น[3] โดยเมื่อเสพสารแอมเฟตามีนเข้าสู่ร่างกาย สารแอมเฟตามีนจะไปกระตุ้นประสาทที่สมองส่วนอยาก (Limbic System) ส่งผลให้เกิดการติดแอมเฟตามีนได้ และหากยังเสพต่อเนื่องจะส่งผลระยะยาวคือ ส่งผลกระทบต่อระบบสมองส่วนกลางและทำลายสมองรวมทั้งมีโอกาสกลับไปใช้แอมเฟตามีนซ้ำได้สูง[4] จากข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2565 - 2567 พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมกลับไปเสพซ้ำในระยะบำบัดสูงถึงร้อยละ 39.17, 39.16 และร้อยละ 40.43 ตามลำดับ[5] และการบำบัดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขภาคใต้ ข้อมูลปี 2565 ถึงปี 2567 พบว่า ผู้ป่วยคงมีพฤติกรรมเสพยาซ้ำต่อเนื่องร้อยละ 58.62, 48.39 และร้อยละ 66.68 ตามลำดับ[6] ส่วนสถิติรายงานผู้เข้ารับการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลห้วยยอด ย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2565-2567) มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มจำนวนมากขึ้น ทุกปีจำนวน 85, 97 และ 212 คน ตามลำดับ[7] นอกจากนี้แต่ละปียังพบผู้เสพรายใหม่ และผู้เสพรายเก่าที่วนเวียนเข้ารับการบำบัดรักษา ด้วยสาเหตุการเสพยาเสพติดซ้ำ โดยมีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาครั้งที่ 2 ขึ้นไปมากกว่า 60 % ประเภทของยาเสพติดหลักลำดับแรกคือ แอมเฟตามีนหรือยาบ้า ร้อยละ 80.53, 86.34 และร้อยละ 84.05 ตามลำดับ จากการศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ พบว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัย หลายด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง เช่น เพศ การมีบุคลิกภาพอ่อนไหว อ่อนแอ เก็บตัว บุคลิกภาพชอบท้าทาย ขาดแรงจูงใจ ขาดเป้าหมายในชีวิต การมีเหตุผลเชิงจริยธรรมต่ำ มีความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด 2) ปัจจัยด้านสังคม/ สิ่งแวดล้อม เช่น อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน เทคโนโลยี และ 3) ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น ครอบครัวที่มีความขัดแย้ง ครอบครัวที่ขาดการมีส่วนร่วมระหว่างสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวที่ผู้ปกครองคาดหวังต่อสมาชิกในครอบครัวสูงเกินไป มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด แบบแผนการเลี้ยงดูของครอบครัว ครอบครัวที่ใช้อำนาจ ใช้ความรุนแรงในครอบครัว ครอบครัวแตกแยก ครอบครัวที่สัมพันธภาพห่างเหิน[8,9] อย่างไรก็ตาม พบว่าในการบำบัดรักษายาเสพติดในโรงพยาบาลที่ผ่านมาเป็นเพียงการบำบัดรักษาตามอาการ (Symptomatic Treatment) การให้การปรึกษา (Counseling) หรือการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดยาเสพติด ตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดประยุกต์ (Modified Matrix Program)

พบว่าในบางรายไม่สามารถหยุดเสพได้และมักจะกลับไปเสพซ้ำ ส่งผลให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยังไม่ประสบผลสำเร็จ[10]

ในปัจจุบันมีวิธีการบำบัดรักษาหลายวิธี การบำบัดรักษาคำนึงถึงการรักษาทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาโปรแกรมเพื่อบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย พบโปรแกรมการบำบัดรูปแบบต่างๆเพื่อปรับแนวคิด อารมณ์และพฤติกรรม เช่น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ[11,12] โปรแกรมการปรับแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม[13] โปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคม[14] และ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม[15] ดังนั้นหากผู้ป่วยมีแรงจูงใจจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการเลิกเสพยาเสพติดได้ ตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์ และโรลนิค[16] จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเลิกยาเสพติด พบว่า มีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายปัจจัย เช่น การรับรู้และการควบคุมพฤติกรรมตนเอง[17] การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกเสพยา[18] เมื่อผู้ป่วยมีพลังหรือมีความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นได้ ดังนั้นหากผู้ติดยาเสพติดมีแรงจูงใจในการเลิกยา ก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อการเลิกยาได้สำเร็จ จากการศึกษาของบุบผา และอรวรรณ[11] พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนสามารถเพิ่มพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และการศึกษาของโยธิน ศิรินานันท์และคณะ[19] พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจส่งผลให้ผู้เสพติดแอมเฟตามีนเกิดแรงจูงใจที่เพิ่มขึ้น สามารถทำให้มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการรักษาที่สูงขึ้น

ดังนั้น ทีมผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญและสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการบำบัดในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนให้มีความเฉพาะเจาะจง ลึกซึ้ง และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้น จึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการให้ความช่วยเหลือการบำบัดรักษาให้เป็นทางเลือกหนึ่งของการบำบัดผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดต่อไป และเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจต่อการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และสามารถเลิกยาได้ ตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์ และโรลนิค[16] มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถตัดสินใจ ควบคุมพฤติกรรม และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อการแก้ปัญหา ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนมีแรงจูงใจในการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำได้อย่างเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถเลิกเสพยาได้อย่างยั่งยืน และสามารถดำรงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำมากกว่ากลุ่มควบคุม

2. กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำมากกว่าระยะก่อนการทดลอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest design) โดยที่จัดให้

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามแนวทางการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick16 ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งเป็นกระบวนการบำบัดทางจิตวิทยา ที่เน้นการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นรูปแบบหนึ่งของการช่วยเหลือด้านจิตใจโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะให้คำชี้แนะ (Directive) และให้ความสำคัญกับผู้รับบริการในการมีส่วนร่วม และรับผิดชอบต่อการรักษา เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และให้ความร่วมมือในการรักษา ภายใต้บรรยากาศความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รักษาและผู้รับบริการ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ หรือให้เกิดความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง (readiness to change) ขั้นตอนที่ 2 การทำให้มั่นคงในการเปลี่ยนแปลง (Strengthening commitment to change) เป็นการสร้างแรงจูงใจและช่วยเหลือ จนผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงขั้นแรงจูงใจจากการลังเลใจมาสู่ขั้นการตัดสินใจเลิกเสพแอมเฟตามีนอย่างจริงจัง หรือผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกระทำการเปลี่ยนแปลง ขั้นตอนที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Fallow-Through Strategies) เป็นการติดตามความก้าวหน้า และทบทวนเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อเป้าหมายในการเลิกยาได้สำเร็จอย่างต่อเนื่อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เสพแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD10) ด้วยกลุ่มรหัส F15– F15.2 หรือตามคู่มือการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5) ว่าเป็นผู้เสพแอมเฟตามีน (Amphetamine use disorder)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ด้วยกลุ่มรหัส F15– F15.2 หรือตามคู่มือการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5) ว่าเป็นผู้เสพแอมเฟตามีน (Amphetamine use disorder) ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง เป็นเพศชายทั้งหมด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) และทำการคัดเลือกอย่างง่ายโดยการจับสลาก

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยที่เสพแอมเฟตามีนอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีอาการจากการถอนพิษยา 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจไม่มีปัญหาด้านการพูด 4) ยินยอมให้ความร่วมมือในการบำบัดและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมทางจิตเวช 2) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 3) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power Version 3.1.9.4 โดยกำหนดค่า Power ที่ .80 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าเท่ากับ .50 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 1.30 ซึ่งคำนวณจากงานวิจัยที่ใกล้เคียง[20] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน โดยกลุ่มละ 21 คน และการคำนึงถึงอัตราการออกจากการวิจัย (Attrition) เท่ากับร้อยละ 20[21] จำนวน 8 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ สรุปเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดการ

เสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick[16] สำหรับผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน ร่วมและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำสำหรับผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน มีรูปแบบกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 “รู้จักเธอ รู้จักฉัน” เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน พร้อมให้สมาชิกได้ทบทวนประเมินระดับแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจในอนาคต กิจกรรมที่ 2 “ทบทวนตน” เพื่อให้ผู้ป่วยแอมเฟตามีนเรียนรู้เรื่องการตัวกระตุ้นและการจัดการตัวกระตุ้นและการป้องกันที่เหมาะสม กิจกรรมครั้งที่ 3 “มองเห็นอะไรในตัวเอง” เพื่อให้ผู้ป่วยแอมเฟตามีนสามารถประเมินตนเองตามความเป็นจริง กิจกรรมครั้งที่ 4 “รู้ตนพ้นทุกข์” เพื่อให้ผู้ป่วยแอมเฟตามีน รู้เท่าทันตนเองและมีวิธีจัดการปัญหาในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม กิจกรรมครังที่ 5 “ความสุขอยู่ที่ตัวเรา” เพื่อให้ผู้ป่วยแอมเฟตามีนสามารถปรับตัวได้อย่างมีความสุขเมื่อเผชิญกับปัญหาและอุปสรรค กิจกรรมครังที่ 6 “ตัดสินใจ” เพื่อให้ผู้ป่วยแอมเฟตามีน ามารถกำหนดเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน กิจกรรมครังที่ 7 “ต้นไม้แห่งชีวิตของฉัน” เพื่อให้ผู้ป่วยแอมเฟตามีนมีแนวทางในการพัฒนาข้อดีของตนเองและแก้ไขข้อบกพร่องของตน กิจกรรมครังที่ 8 “เป้าหมายก้าวใหม่ในชีวิต” เพื่อให้ผู้ป่วยแอมเฟตามีนมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน มีแรงจูงใจเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรคสมองติดยาความรู้เรื่องการเสพติดแอมเฟตามีน เส้นทางการเลิกยา การหยุดวงจรการใช้ยาตัวกระตุ้นและการจัดการตัวกระตุ้น การฝึกทักษะความฉลาดทางอารมณ์ ฝึกทักษะการให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น การสร้างความสุขและแนวทางในการพัฒนาตนเอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เสพติดสารแอมเฟตามีน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบประเมินที่ผู้เสพติดสารแอมเฟตามีนตอบแบบสอบถามเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) การเผชิญปัญหา 2) การเตรียมพร้อมของตนเองเมื่อเจอกับสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น 3) การรับมือกับความคิดและพฤติกรรมการจัดการกับสัญญาณเตือนของการกลับไปเสพซ้ำและสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง 4) การมีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและมีความสุข และ 5) ความคาดหวังและเตรียมความพร้อมล่วงหน้าเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว แบบประเมินประมาณ ค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

สำหรับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ และสำหรับแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ 1) แพทย์ผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด อย่างน้อย 10 ปีขึ้นไป จำนวน 1 ท่าน และ 2) พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด อย่างน้อย 10 ปีขึ้นไป จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหา ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำเท่ากับ 0.89

สำหรับโปรแกรมฯ และคู่มือโปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แล้วหลังจากนั้นนำผลการประเมินไปคำนวณหาค่าความสอดคล้อง (Item Objective Congruence Index: IOC) โดยได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) เฉลี่ยรวมเท่ากับ 0.94 และ ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.92 –

0.96 จึงนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ พบว่า เรื่องเนื้อหา วิธีการ และระยะเวลาเหมาะสม

ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำไปตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด ดังที่กล่าวมา ข้างต้น และดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง กระทรวงสาธารณสุข

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดและมีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติดอย่างน้อย 5 ปี ขึ้นไป โดยมีหน้าที่เก็บรวบรวมแบบประเมินหลังการ ทดลองแต่ละครั้ง และตรวจสอบความถูกต้องของแบบประเมิน ยืนยันคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน

ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเก็บข้อมูลและเข้าร่วมโปรแกรมฯ แบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ กลุ่มทดลอง ดำเนินการทดลองด้วยการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยทำกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรม 8 กิจกรรม ๆ ละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ ครั้ง ทุกวันอังคาร - วันพฤหัสบดี รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 "รู้จักเธอ รู้จักฉัน" เริ่มสร้างสัมพันธภาพและดำเนินกิจกรรมให้สมาชิกได้ทบทวน การดำเนินชีวิตของตนเอง ประเมินระดับแรงจูงใจและสร้างแรงจูงใจในอนาคต เข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคสมองติดยาการเปลี่ยนแปลงในสมอง อันเกี่ยวเนื่องจากโรคสมองติดยา การเสพติดแอมเฟตามีน และกำหนดเป้าหมายร่วมกันเกี่ยวกับการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2 "ทบทวนตน" เป็นกิจกรรมเริ่มด้วยให้ผู้ป่วยแอมเฟตามีนประเมินค้นหาปัญหาเรียนรู้เรื่องการหยุดวงจรการใช้ยา ความรู้สึกอยากเสพสารเสพติดและการป้องกันที่เหมาะสม ทำความเข้าใจ สร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของ ตัวกระตุ้น ความรู้สึกอยากเสพสารเสพติดและการป้องกันที่เหมาะสม ทำให้มองเห็นถึงเรื่องการหยุดวงจรการใช้ยาที่มีอยู่ของตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 3 "มองเห็นอะไรในตัวเอง" เป็นกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยสำรวจตนเองด้านพฤติกรรมและความรู้สึก รู้จักตนเองทั้งในด้านดีและด้านด้อย สามารถประเมินตนเองตามความเป็นจริง วิเคราะห์สาเหตุและแนวทางแก้ไข ตระหนักรู้อารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ฝึกทักษะความฉลาดทางอารมณ์ มาพัฒนาตนเองให้เต็มศักยภาพ

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 4 "รู้ตนพ้นทุกข์" เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแอมเฟตามีน รู้เท่าทันตนเอง และมีวิธีจัดการปัญหานั้นๆ ในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม ฝึกทักษะการให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น

ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ 5 "ความสุขอยู่ที่ตัวเรา" เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแอมเฟตามีน สร้างทักษะในการมีความสุขง่ายๆ สามารถปรับตัวได้อย่างมีความสุขเมื่อเผชิญกับปัญหาและอุปสรรค ส่งเสริม

สนับสนุนให้ ผู้ผู้ป่วยแอมเฟตามีนมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

ครั้งที่ 6 กิจกรรมที่ 6 “ตัดสินใจ” เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแอมเฟตามีน มีความมั่นคงในความคิดที่จะเปลี่ยนแปลง สามารถกำหนดเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน และพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมในการเลิกยาเสพติด

ครั้งที่ 7 กิจกรรมที่ 7 “ต้นไม้แห่งชีวิตของฉัน” เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแอมเฟตามีนบอกสิ่งที่ตนสามารถทำได้และความภาคภูมิใจในสิ่งที่ตนทำได้ และมีแนวทางในการพัฒนาข้อดีของตนเองและแก้ไขข้อบกพร่องของตนให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคมต่อไป

ครั้งที่ 8 กิจกรรมที่ 8 “เป้าหมายก้าวใหม่ในชีวิต” เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแอมเฟตามีน มีการปรับตัวที่ดีในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน และรู้สึกถึงคุณค่าและความหมายของชีวิต มีแรงจูงใจเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

กลุ่มควบคุม ดำเนินการทดลองโดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงขั้นตอนการทดลอง ซึ่งการทดลอง ครั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากทางโรงพยาบาล ได้แก่ Modified Matrix

ระยะหลังการทดลอง

ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และนำคะแนนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง และยืนยันคะแนนที่ได้จากแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง

ระยะติดตามผล

ติดตามประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลองโปรแกรมฯ ครบ 1 เดือน และ ติดตามประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลองโปรแกรมฯ ครบ 3 เดือน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทำแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และนำคะแนนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง และยืนยันคะแนนที่ได้จากแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ในช่วงก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีเชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA)

4. วิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง โดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (normal distribution) โดยค่าสถิติทดสอบ Mauchly’s Test of Sphericity

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง กระทรวงสาธารณสุข ใบรับรอง COA เลขที่ 007/2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ใช้สาร

แอมเฟตามีนและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เพศชาย จำนวน 50 คน ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 26 – 35 ปี ร้อยละ 32 กลับมาเข้ารับการบำบัดซ้ำจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 60 รองลงมาจำนวนจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 12 เคยมีประสบการณ์ในการเลิกยา ร้อยละ 72 และมีความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ร้อยละ 96 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 26 – 35 ปี ร้อยละ 32 มี กลับมาเข้ารับการบำบัดซ้ำจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 64 รองลงมาจำนวนจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 16 เคยมีประสบการณ์ในการเลิกยา ร้อยละ 56 และมีความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ร้อยละ 80 เมื่อทดสอบความแตกต่างเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ของตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตาราง 1

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง) ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือนด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA

ตัวแปร	ก่อน M (SD)	หลัง M (SD)	1 เดือน M (SD)	3 เดือน M (SD)	SS	df	MS	F	P-value
พฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ	2.68 (0.76)	4.51 (0.33)	4.58 (0.31)	4.59 (0.30)	63.77	3	21.26	613.76	<.001 (.000)

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ (กลุ่มทดลอง) ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 613.76, p < .000$)

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ดังตาราง 3-4

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองด้วยสถิติ Independent t-Test

กลุ่ม	จำนวน	*M*	*SD*	*t*	*df*	*p-value*
พฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ						
กลุ่มทดลอง	25	2.68	0.76	-1.989	48	.102
กลุ่มควบคุม	25	2.31	0.45			

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน ระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน ระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{48} = -1.989, p = .102$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

เวลา	พฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (คะแนน)				*F*
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		
	M	SD	M	SD	
ก่อนการทดลอง	2.31	0.45	2.68	0.76	6.25
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	2.67	0.11	4.51	0.33	559.33*
ติดตามผล 1 เดือน	2.54	0.38	4.58	0.31	697.52*
ติดตามผล 3 เดือน	2.20	0.22	4.59	0.30	817.43*

*$p < .001$

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ในระยะติดตามผล 1 เดือน และในระยะติดตามผล 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 599.33, 697.52, 817.43, $p < .001$)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ สามารถทำให้พฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนสูงกว่าก่อนได้รับได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 599.33, 697.52, 817.43, $p < .001$) อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ นำมาใช้ในการสร้างกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้เกิดการตัดสินใจ นำไปสู่การลงมือปฏิบัติเพื่อปรับพฤติกรรม ในที่สุด ทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ประกอบด้วย การรับรู้ที่สอดคล้องกัน การสื่อสารที่ดี และมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน จึงทำให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายของการบำบัดที่วางไว้ได้ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ[16, 22] ซึ่งสอดแทรกไปในกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรม เพื่อความต่อเนื่องของการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน ได้กลับทบทวนการดำเนินของโรคสมองติดยา การเสพติดแอมเฟตามีน การจัดการตัวกระตุ้น วิธีจัดการปัญหาอย่างเหมาะสมที่ตนเองสนใจ โดยโปรแกรมมีกระบวนการตั้งเป้าหมาย มีการติดตามต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ สอดคล้องกับแนวคิด ของ Yang[23] ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจจะมีความพร้อมและความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสอดคล้องกับความตั้งใจในการต่อต้านแรงกระตุ้น และมีทักษะในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้ดีขึ้น นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว[23, 24] สำหรับรูปแบบแต่ละกิจกรรมของโปรแกรมอภิปรายได้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 “รู้จักเธอ รู้จักฉัน” กิจกรรมที่ 2 “ทบทวนตน” และกิจกรรมที่ 3 “มองเห็นอะไรในตัวเอง” เริ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนและพยาบาล และเมื่อพยาบาลและผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนมีความเข้าใจกัน เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนได้ทบทวนตนเอง สำรวจปัญหาจากการเสพติดสารแอมเฟตามีน และ

ค้นพบความต้องการ หรือ เป้าหมายของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะทำให้สำเร็จ

ขั้นตอนที่ 2 การทำให้มั่นคงในการเปลี่ยนแปลง (Strengthening commitment to change) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 4 “รู้ตนพ้นทุกข์” กิจกรรมที่ 5 “ความสุขอยู่ที่ตัวเรา” และกิจกรรมที่ 6 “ตัดสินใจ” เพื่อให้ผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน ได้สำรวจตนเองด้านพฤติกรรมและความรู้สึก รู้จักตนเองทั้งในด้านดีและด้านด้อย วิเคราะห์สาเหตุและแนวทางแก้ไขยอมรับปัญหาที่มีอยู่ เกิดความตระหนัก และมีแรงจูงใจที่จะแก้ปัญหาให้กับตนเอง สามารถนำศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเองมาใช้ในการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ มีแนวทางในการพัฒนาข้อดีของตนเองและแก้ไขข้อบกพร่องของตนให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง สามารถปรับตัวได้อย่างมีความสุขเมื่อเผชิญกับปัญหาและอุปสรรค มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดในทางที่เหมาะสม ทำให้เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่มีคุณภาพดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามต่อเนื่อง (Fallow - Through Strategies) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 7 “ต้นไม้แห่งชีวิตของฉัน” และกิจกรรมที่ 8 “เป้าหมาย ก้าวใหม่ในชีวิต” ผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน บอกสิ่งที่ตนสามารถทำได้และความภาคภูมิใจในสิ่งที่ตนทำได้ การที่ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถระบุข้อดีและความภาคภูมิใจของตนเองได้ ถือเป็นก้าวแรกที่สำคัญมากในการฟื้นฟู (Recovery) เนื่องจากช่วยสร้างความนับถือตนเอง (Self-esteem) มีผลต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นรากฐานของการเลิกยาระยะยาว[25] และการเห็นคุณค่าในตนเองจึงเป็นอีกทางหนึ่งที่สามารถสร้างความเข้มแข็งและการเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ติดสารเสพติดมีพลังชีวิต เกิดกำลังใจที่ดี มีความหวัง จนเกิดศักยภาพในการปฏิบัติตนเพื่อเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดี นำไปสู่การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การหยุดหรือเลิกใช้สารเสพติดได้[26]

จากผลการทดสอบสมมติฐานคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t_{48} = -1.989, p = .102) และค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนหลังการทดลอง ระยะติดตามผล และระยะติดตามผล 3 เดือนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 599.33, 697.52, 817.43, $p < .001$) อธิบาย ได้ว่า จากข้อมูลทั่วไปนั้น พบว่า บริบทของผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำสูงกว่ากลุ่มการดูแลปกติ เนื่องจากผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมฯ ที่เน้นกระบวนการด้านปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนร่วมกับพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนกลุ่มนี้มีการตั้งเป้าหมายและเรียนรู้การจัดการตัวกระตุ้น ทำให้มีแรงจูงใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุขุมาภรณ์ บุญญาส[27] ที่ศึกษาผลของแรงจูงใจ การให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการที่คลีนิคยาเสพติด โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจในการป้องกันยาเสพติด ทัศนคติ ต่อการป้องกันยาเสพติด การให้คุณค่าแก่ตัวเอง แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตน ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดสูงกว่าก่อน

การทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนและเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำสู่เลิกเสพยาเสพติด ที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งการนำโปรแกรมนี้ ไปเผยแพร่นำใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ ที่รับผิดชอบดูแลผู้ที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการการเสริมสร้างแรงจูงใจ ในระยะยาว เช่น หลังการทดลอง 6 เดือน และ 1 ปี เป็นต้น เพื่อประเมินความคงอยู่ของโปรแกรม

2. ควรมีการนำโปรแกรมไปพัฒนาในรูปแบบของกลุ่มยาและสารเสพติดชนิดอื่น ๆ นอกเหนือจากสารเสพติดแอมเฟตามีน เพื่อ ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม รวมไปถึงการพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบออนไลน์

กิตติกรรมประกาศ

ในการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ ผู้วิจัยต้องขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยยอด ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน และขอขอบคุณผู้ป่วยยาเสพติดทุกท่านที่ยินดีให้ความร่วมมือทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อัจฉรา เกตุรัตนกุล, พรทิพย์ เอมอ่อน, และ อรนุช บุญสองชั้น.(2558). ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Pretreatment for Matrix Program) ของผู้ติดยาเสพติด ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 4 เม.ย. 68]; เข้าถึงจาก: https://he02.tci- thaijo.org/index.php/TJN/article/view/215329
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.(2566). รายงานผลดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ ประจำปี. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 10 เม.ย. 68]; เข้าถึงจาก: http://www.oncb.go.th.
3. อานนท์ จำลองกุล.(2559). แอมเฟตามีน: นิติเวชปริทัศน์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2559; 6(4): 399 – 12.
4. พันธุนภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, และ สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ.2556. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560; 25(1): 1-19.
5. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.(2567). ข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ปี 2565 – 2567; 2567.
6. รายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานบำบัดยารักษาของกระทรวงสาธารณสุข บสต.
7. งานเวชระเบียนโรงพยาบาลห้วยยอด.(2567). รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลห้วยยอด: โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง; 2567.
8. สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, วรางคณา จำปาเงิน, สุนทรี ขะชาตย์, ปวิดา โพธิ์ทอง, และเสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์.(2023). ปัญหาและสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2023; 6(2): 67 – 7.
9. กัญญา ภู่ระหงษ์.(2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในเขตจังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2561; 32(2): 23 – 40.
10. ธัญญาพร สายโน ปวีณา ลิมปิทีปราการ อรุณ บุญสร้าง ปัณฑิตา สุขุมาลย์ และพลากร สืบสำราญ.(2021). ผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดประยุกต์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2021; 4(2): 78 – 8.

11. บุบผา บุญญามณี และ อรวรรณ หนูแก้ว.(2566). การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ. ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
12. สายสุดาโภชนากรณ์.(2020). รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2020; *5*(12): 305-32.
13. กัณณิกา สิทธิพงษ์.(2560). แรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560; *5*(2): 217 – 38.
14. อัชฌา หร่ายลอย เทียนทอง หาระบุตร กชพร สายสุทธิ์ วรรณา ขวัญเมือง นฤมล ศรีอักษร และปัทมา กิติศรีวรพันธุ์.(2024). การพัฒนาโปรแกรมการบ าบัดทางจิตสังคมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2024; 38(1): 93 – 14.
15. มนทกานติ์ อุเต็น ดาราวรรณ ต๊ะปินตา.(2024). ผลของคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อการเสพซ้ำของผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2024; 35(1): 168 – 80.
16. Miller WR, & Rollnick S.(2023). Motivational interviewing: Helping people change (4th edition ed.). Guilford press.
17. นรากร สารีแหล้.(2018). ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา. 2018; 1(3), 35 – 42.
18. พรทิพย์ โชครุ่ง ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และเวทิส ประทุมศรี.(2016). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกเสพยาต่อความตั้งใจในการเลิกเสพยาของผู้เสพติดสารแอมเฟตามีน. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2016; 32(3): 37 - 50.
19. โยธิน ศิรินานันท์ ชนะพล ศรีฤาชา และวีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา.(2023). ประสิทธิผลโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการ การรักษาของผู้เสพติดแอมเฟตามีน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2023; 9(2): 159 – 68.
20. Silverman MJ.(2012). Effects of group songwriting on motivation and readiness for treatment on patients in detoxification: A randomized wait-list effectiveness study. J Music Ther. 2012; 49(4): 414–429.
21. Polit DF, Beck CT.(2012). Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice (8th Ed). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
22. Miller WR.(1995). Motivational enhancement therapy with drug abusers. Department of psychology and center on alcoholism, substance abuse, and addiction (CASAA). The University of New Mexico.
23. Yang Q.(2024). Understanding the associations between adolescents' exposure to e-cigarette information and vaping behavior through the theory of planned behavior. Health Commun. 2024; 39(4): 641- 51.
24. Wang L, Zhang Q, Cao MR, Wong PPW.(2022). Use and perceptions of electronic cigarettes among young Chinese generation: Expanding the theory of planned behavior. Int J Hum Manag Soc Sci. 2022; 5(1): 26-9.
25. Schwenker R Dietrich CE Hirpa S Nothacker M Smedslund G Frese T & Unverzagt.(2023). Motivational interviewing for substance uses reduction. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2023; 12(12): CD008063 DOI:10.1002/14651858.CD008063.pub3
26. อรวรรณ จุลวงษ์ ปราณี อ่อนศรี และอภิญญา อินทรรัตน์.(2016). ปัจจัยทำนายความสำเร็จของการเฝ้าระวังป้องกันยา เสพติดในบ้านพักกำลังพลกองทัพบก. วารสารพยาบาลทหารบก. 2016; 17(3): 178 - 86.
27. สุขุมาภรณ์ บุญญาสุ.(2024). ผลของแรงจูงใจ การให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ของผู้เข้ารับการที่คลินิคยาเสพติดโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2024; 9(2), 458 – 89.

ประสิทธิผลของการบริโภคเครื่องดื่มปลีกล้วยผสมขิงสำเร็จรูปต่อการเพิ่มน้ำนมในมารดาหลังคลอดและการลดภาวะโคลิกในทารก: การศึกษาเชิงทดลองในชุมชน

The Effectiveness of Instant Banana Blossom and Ginger Drink Consumption on Increasing Lactation in Postpartum Mothers and Reducing Infantile Colic: A Community-Based Experimental Study.

(Received: March 5,2026 ; Revised: March 8,2026 ; Accepted: March 10,2026)

เพ็ชรัตน์ เตชาทวีวรรณ[1] พงศ์สุวรรณ สมาแฮ[2]
Petcharat Techathawewon[1] Pongsuwan Samahae[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดและการลดลงของภาวะโคลิกในทารก ก่อนและหลังการบริโภคเครื่องดื่มปลีกล้วยผสมขิงสำเร็จรูป ศึกษาเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) ในกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่มีบุตรมีภาวะโคลิก จำนวน 30 คน ในเขตพื้นที่ชานเมือง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย เครื่องดื่มปลีกล้วยผสมขิงสำเร็จรูปและแบบบันทึกปริมาณน้ำนมและพฤติกรรมทารก (3-Day Diary) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการบริโภคเครื่องดื่มปลีกล้วยผสมขิงสำเร็จรูปติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ปริมาณน้ำนมเฉลี่ยของมารดาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภาวะโคลิกในทารก ได้แก่ ระยะเวลาการร้องไห้เฉลี่ยลดลง และระยะเวลาการนอนหลับต่อเนื่องยาวนานขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยไม่พบผลข้างเคียงที่รุนแรงในมารดาและทารก

คำสำคัญ: ปลีกล้วย, ขิง, การเพิ่มน้ำนม, มารดาหลังคลอด, ภาวะโคลิกในทารก

Abstract

This quasi experimental research aimed to compare milk volume in postpartum mothers and the reduction of infantile colic symptoms before and after the consumption of an instant banana blossom and ginger drink. A one-group pretest-posttest experimental design was conducted with 30 postpartum mothers and their infants suffering from colic in a suburban area. The research instruments included the instant banana blossom and ginger drink and a 3-day behavior diary for recording milk volume and infant behavior. Data were analyzed using descriptive statistics and the Paired t-test.

The findings revealed that after 4 consecutive weeks of consuming the instant banana blossom and ginger drink, the mean milk volume was significantly higher than the pre-intervention level at the .05 significance level. Furthermore, infantile colic symptoms, specifically the mean crying duration, significantly decreased, while continuous sleep duration significantly increased ($p < .001$). No serious adverse effects were reported in either mothers or infants.

KEYWORDS: Banana Blossom, Ginger, Increasing Lactation, Postpartum Mothers, Infantile Colic

[1] อาจารย์พยาบาล โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ psuy001@gmail.com
[2] อาจารย์พยาบาล โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์

บทนำ

นมแม่เป็นสารอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต เนื่องจากอุดมไปด้วยสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตและภูมิคุ้มกันทางธรรมชาติที่มีบทบาทสำคัญต่อพัฒนาการทางสมองและระบบประสาท[1,2] การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างรากฐานสุขภาพที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตาม มารดาหลังคลอดจำนวนมากกลับต้องเผชิญกับอุปสรรคสำคัญคือ ภาวะน้ำนมน้อย (Hypogalactia) หรือความวิตกกังวลต่อปริมาณน้ำนมที่ไม่เพียงพอ ซึ่งมีปัจจัยทางสรีรวิทยาและจิตสังคม เช่น ความอ่อนล้าสะสมจากการคลอด ภาวะเครียดจากการปรับตัวในบทบาทมารดา และการขาดทักษะที่ถูกต้องในการกระตุ้นน้ำนม ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่[3] ปัจจัยเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อโภชนาการของทารก แต่ยังบั่นทอนความมั่นใจในตนเองของมารดา จนนำไปสู่การยุติการให้นมแม่ก่อนระยะเวลาที่เหมาะสม

นอกจากวิกฤตด้านปริมาณน้ำนมแล้ว ภาวะโคลิกในทารก (Infantile Colic) ยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยคุกคามที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใจแก่ครอบครัว[4] โดยทารกจะมีอาการร้องไห้อย่างรุนแรงต่อเนื่องนานหลายชั่วโมง มักเกิดร่วมกับอาการท้องอืด ลมในทางเดินอาหาร และการบิดตัวบ่อยครั้งเนื่องจากระบบย่อยอาหารที่ยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์[5] สภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังแก่ผู้ดูแล ส่งผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพชีวิต สุขภาพจิตของมารดา และอาจรบกวนการสร้างสัมพันธภาพ (Attachment) ระหว่างมารดาและบุตรในช่วงหน้าต่างแห่งโอกาสของพัฒนาการ สรุปได้ว่าทั้งปัญหาปริมาณน้ำนมและภาวะโคลิกเป็นปัญหาที่เกิดร่วมกันและส่งผลกระทบเป็นวงจรต่อเนื่อง ที่ต้องการแนวทางการจัดการอย่างเป็นระบบ

ในบริบทสังคมไทย การเลือกใช้สมุนไพร ปลีกล้วย และขิง เป็นมรดกทางภูมิปัญญาที่ได้รับการยอมรับและสืบทอดกันมาเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพหลังคลอด โดยปลีกล้วยมีสารสำคัญในกลุ่มฟลาโวนอยด์ (Flavonoids) ที่มีสรรพคุณเด่นในการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม (Galactagogues) ขณะที่ขิงมีรสเผ็ดร้อนช่วยขับลม (Carminative) ลดอาการท้องอืดและส่งผ่านสรรพคุณทางยาไปยังทารกผ่านทางน้ำนม[6] แต่ในสภาวะปัจจุบันที่วิถีชีวิตในเขตชานเมืองมีความเร่งรีบและเต็มไปด้วยภาระหน้าที่ มารดาหลังคลอดจึงเผชิญกับข้อจำกัดด้านเวลาและการเตรียมสมุนไพรสดที่มีขั้นตอนซับซ้อน ทำให้ภูมิปัญญาดั้งเดิมเข้าถึงได้ยากในทางปฏิบัติ

ด้วยเหตุนี้ การศึกษาประสิทธิผลของการบริโภคเครื่องดื่มปลีกล้วยผสมขิงสำเร็จรูปต่อการเพิ่มปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดและการลดภาวะโคลิกในทารก จึงเป็นงานวิจัยที่มุ่งศึกษาถึงนวัตกรรมผลิตภัณฑ์สุขภาพจากภูมิปัญญาไทยที่ถูกนำมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตสมัยใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพิสูจน์เชิงประจักษ์ถึงประสิทธิภาพของเครื่องดื่มดังกล่าวในทางคลินิก ผู้วิจัยมุ่งหวังว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นการสร้างองค์ความรู้เชิงประจักษ์ที่มีคุณค่าในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเป็นแนวทางสำคัญในการบรรเทาภาวะโคลิกในทารกอย่างเป็นรูปธรรม โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้มารดาในชุมชนมีความสามารถในการจัดการตนเองและดูแลบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านนวัตกรรมที่เข้าถึงง่ายและสอดคล้องกับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป อันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และสร้างเสริมความผาสุกของสมาชิกในครอบครัวอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดก่อนและหลังการบริโภคเครื่องดื่มปลีกล้วยผสมขิงสำเร็จรูป
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะโคลิกในทารกก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi Experiment Research) ศึกษาประสิทธิผลของการบริโภคเครื่องดื่มขิงเข้มข้นต่อการเพิ่มน้ำนมในมารดาหลังคลอดและการลดภาวะท้องอืดในทารกมารดาหลังคลอดและทารกที่มีภาวะโคลิกที่อาศัยอยู่ในเขตชานเมือง ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)[7] เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีตัวแปรที่ศึกษาดังนี้ ตัวแปรต้น การบริโภคเครื่องดื่มขิงเข้มข้นของมารดาหลังคลอด ตัวแปรตามคือ ปริมาณน้ำนม และภาวะโคลิกในทารก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ มารดาหลังคลอดและทารกที่มีภาวะโคลิกที่อาศัยอยู่ในเขตชานเมือง จำนวน 30 คู่

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาหลังคลอดและทารกที่มีภาวะโคลิกที่อาศัยอยู่ในเขตชานเมือง จำนวน 30 คู่ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางของ Cohen[8] กำหนดค่า Effect size เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.60 ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) มารดาหลังคลอด 1 สัปดาห์ ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว (Exclusive Breastfeeding) 2) ทารกที่มีภาวะโคลิก 3) มารดาสามารถบริโภคเครื่องดื่มขิงเข้มข้นตามกำหนดได้และไม่มีประวัติแพ้ขิง 4) อ่านออก เขียนภาษาไทยและสื่อสารภาษาไทยได้ดี 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) มารดาหรือทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรือมีโรคประจำตัวที่ต้องจำกัดอาหารหรือยา 2) มารดาที่รับประทานยาสมุนไพรหรือยาขับน้ำนมชนิดอื่นในช่วงเวลาที่ทำการทดลอง 3) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการสุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi Experiment Research) นี้ ใช้เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยได้แก่ เครื่องดื่มปลีกล้วยผสมขิงสำเร็จรูปที่ไม่มีไขมันและโซเดียม น้ำตาลน้อยโดยใช้ยี่ห้อเดียวกัน ผสม 1 ซองต่อน้ำอุ่น 250 มิลลิลิตร ดื่มวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยมีลักษณะ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย **ข้อมูลมารดา** ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส อายุครรภ์ที่คลอด วิธีการคลอด ประวัติการให้นมบุตรคนก่อน **ข้อมูลทารก** ได้แก่ เพศ น้ำหนักแรกเกิด อายุปัจจุบัน (วัน)

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกปริมาณน้ำนม

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกพฤติกรรมภาวะโคลิก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหาที่ต้องการวัด โดยใช้วิธีการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตามแนวคิดของ Rovinelli และHambleton ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามมีค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ 0.82 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ 0.50 แสดงว่าข้อคำถามมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ ในการพิจารณารายข้อ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป โดยถือว่าข้อคำถามเหล่านั้นมีความตรงเชิงเนื้อหาที่เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล[9] การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาหลังคลอด ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดย

ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)[10] ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (SPSS) ในการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดและทารก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดและภาวะโคลิกในทารก ก่อน-หลังภายในกลุ่มเดียวกันใช้ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ รหัสโครงการ SS1-07-2568-13 เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาหลังคลอดที่คลอดโดยวิธีธรรมชาติ ร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 25 ปี (S.D. = 4.3) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 66.6 และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 93.3 สำหรับข้อมูลด้านสูติศาสตร์ พบว่ามีอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด 39 สัปดาห์ (S.D. = .91) และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การให้นมบุตรคนก่อน ร้อยละ 70.0 ในส่วนของข้อมูลทั่วไปของทารก พบว่าทารกมีอายุเฉลี่ย 3 สัปดาห์ (S.D. = .73) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 มีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 3,201 กรัม (S.D. = 237.8) และมีน้ำหนักปัจจุบันเฉลี่ย 4,214 กรัม (S.D. = 237.8) ทั้งนี้ ทารกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ร้อยละ 100 มีอาการของภาวะโคลิกตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ในการวิจัย

2. เปรียบเทียบปริมาณน้ำนมและภาวะโคลิกก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการบริโภคเครื่องดื่มปลีกล้วยผสมขิงสำเร็จรูปติดต่อกัน 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีปริมาณน้ำนมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทารกมีอาการภาวะโคลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ยังพบว่าทารกมีระยะเวลาการนอนหลับต่อเนื่องที่ยาวนานขึ้น ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปริมาณน้ำนมและพฤติกรรมทารก ก่อนและหลังการได้รับเครื่องดื่มปลีกล้วยผสมขิงสำเร็จรูป (n = 30)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง ($\bar{x}$ ± *S.D.*)	หลังทดลอง ($\bar{x}$ ± *S.D.*)	t	*p-value*
ปริมาณน้ำนม (ซีซี/วัน)	657.3±63.35	845.3±61.40	-16.4	.001
ระยะเวลาการร้องไห้ (ชั่วโมง/วัน)	3.8±.73	2.2±.44	11.7	.001
ระยะเวลานอนหลับ (ชั่วโมง/รอบ)	2.1±.44	3.45±.47	-10.6	.001

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของการบริโภคเครื่องดื่มปลีกล้วยผสมขิงสำเร็จรูปต่อการเพิ่มน้ำนมในมารดาหลังคลอดและการลดภาวะโคลิกในทารก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาหลังคลอดที่คลอดโดยวิธีธรรมชาติ ร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 25 ปี (S.D. = 4.3) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 66.6 และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 93.3 สำหรับข้อมูลด้านสูติศาสตร์ พบว่ามีอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด 39 สัปดาห์ (S.D. = .91) และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การให้นมบุตรคนก่อน ร้อยละ 70.0 ในส่วนของข้อมูลทั่วไปของทารก พบว่าทารกมีอายุเฉลี่ย

3 สัปดาห์ (S.D. = .73) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 มีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 3,201 กรัม (S.D. = 237.8) และมีน้ำหนักปัจจุบันเฉลี่ย 4,214 กรัม (S.D. = 237.8) ทั้งนี้ ทารกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ร้อยละ 100 มีอาการของภาวะโคลิกก่อนการทดลอง

ภายหลังการบริโภคเครื่องดื่มปลีกล้วยผสมขิงสำเร็จรูปติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ปริมาณน้ำนมเฉลี่ยของมารดาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพิ่มจาก 657.3±63.35 ซีซี/วัน เป็น 845.3±61.40 ซีซี/วัน ($p < .001$) ซึ่งสรรพคุณของปลีกล้วย ที่มีสารกลุ่มฟลาโวนอยด์ (Flavonoids) ที่มีคุณสมบัติเป็นสารกระตุ้นการหลั่งน้ำนม (Galactagogues) ช่วยให้มารดาที่มีภาวะน้ำนมน้อย (Hypogalactia) สามารถผลิตน้ำนมได้เพียงพอต่อความต้องการของทารก สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฏิญญา จิยิพงศ์ และคณะ ที่ระบุว่าหัวปลีมีคุณค่าทางอาหารและสรรพคุณในการขับน้ำนมสูง โดยอุดมไปด้วยแร่ธาตุสำคัญอย่างแคลเซียม ซึ่งในหัวปลีมีปริมาณแคลเซียมมากกว่ากล้วยสุกถึง 4 เท่า รวมถึงมีธาตุเหล็ก ฟอสฟอรัส วิตามินซี และบีตาแคโรทีน สารอาหารเหล่านี้ไม่เพียงแต่ช่วยบำรุงน้ำนมแม่ แต่ยังช่วยฟื้นฟูร่างกายมารดาที่สูญเสียเลือดระหว่างการคลอดได้ดีอีกด้วย[6] นอกจากนี้การผสมขิง เข้าในเครื่องดื่มสำเร็จรูปยังช่วยเสริมประสิทธิภาพในการผลิตน้ำนม โดยขิงมีสรรพคุณช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ส่งผลให้น้ำนมไหลได้ดียิ่งขึ้น และยังมีฤทธิ์ในการขับลม แก้อาเจียน และช่วยย่อยไขมัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อตอบโจทย์กลุ่มคุณแม่วัยทำงานที่มีเวลาน้อยและเผชิญปัญหาปริมาณน้ำนมน้อยในสังคมปัจจุบัน

การลดลงของภาวะโคลิกและพฤติกรรมทารก พบว่า ระยะเวลาการร้องไห้เฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จาก 3.8±.73 ชั่วโมง/วัน เหลือเพียง 2.2±.44 ชั่วโมง/วัน และมีระยะเวลาการนอนหลับต่อเนื่องยาวนานขึ้น จากเดิม 2.1±.44 ชั่วโมง/รอบ เป็น 3.45±.47 ชั่วโมง/รอบ ผลดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า ขิง มีฤทธิ์เผ็ดร้อนช่วยขับลม (Carminative) และลดอาการท้องอืด โดยสรรพคุณทางยานี้สามารถส่งผ่านจากมารดาไปสู่ทารกผ่านทางน้ำนมได้ ส่งผลให้ระบบย่อยอาหารของทารกทำงานได้ดีขึ้น ผลการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาการร้องไห้ของทารกลดลงและระยะเวลาการนอนหลับยาวนานขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลทางวิชาการของ ปฏิญญา จิยิพงศ์ และคณะ ที่ระบุว่าขิง เป็นสมุนไพรที่มีสรรพคุณเด่นในการช่วยขับลม แก้อาเจียน และช่วยย่อยไขมันได้ดี ซึ่งคุณสมบัติเหล่านี้สามารถส่งผ่านทางน้ำนมไปสู่ทารก เพื่อช่วยลดอาการปวดท้องเกร็งหรืออาการท้องอืดท้องเฟ้อในเด็กได้[6] การที่ระบบย่อยอาหารของทารกได้รับการดูแลผ่านสารอาหารและสรรพคุณทางยาในน้ำนมแม่ จึงส่งผลโดยตรงต่อการลดพฤติกรรมการร้องไห้จากความไม่สุขสบายในทางเดินอาหาร (Colic) ทำให้ทารกสามารถนอนหลับได้ต่อเนื่องและยาวนานขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นิธิมา สุทธิพันธุ์ ที่ระบุว่าพืชผักสมุนไพรที่มีสรรพคุณในการบำรุงน้ำนมส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีฤทธิ์ร้อน เนื่องจากช่วยให้การไหลเวียนโลหิตเป็นปกติ ส่งผลให้ร่างกายของมารดาสามารถดูดซึมสารอาหารได้ดีขึ้นและกระตุ้นการหลั่งน้ำนมให้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะ ขิง ที่มีสรรพคุณทางยาช่วยขับลม แก้ท้องอืดเฟ้อ และขับน้ำนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ[11] นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าวยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของหัวปลี ที่เป็นวัตถุดิบหลัก ซึ่งหัวปลีอุดมไปด้วยคุณค่าทางโภชนาการที่จำเป็นสำหรับมารดาหลังคลอด ทั้งโปรตีน วิตามิน และเกลือแร่ในปริมาณมาก สอดคล้องกับแนวคิดการนำภูมิปัญญาพื้นบ้านมาประยุกต์ใช้ในรูปแบบเครื่องดื่มสำเร็จรูปเพื่อตอบโจทย์วิถีชีวิตของคนรุ่นใหม่ที่ต้องทำงานนอกบ้านและมีเวลาจำกัดในการดูแลสุขภาพหรือปรุงอาหารเอง การบริโภคอาหารที่ปรุงจากสมุนไพร

เหล่านี้ไม่เพียงแต่เพิ่มปริมาณน้ำนม แต่ยังส่งผลดีต่อพัฒนาการของทารกและสร้างความเชื่อมโยงความใกล้ชิดในครอบครัวผ่านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อีกด้วย[12,13] ซึ่งนวัตกรรมในรูปแบบเครื่องดื่มพร้อมดื่มนี้ยังช่วยแก้ปัญหาสำหรับคุณแม่ยุคใหม่ที่อยู่ในวัยทำงานและมีเวลาจำกัดในการจัดเตรียมสมุนไพรสดด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพของ Thepha T, และคณะ ที่ระบุว่า ข้อจำกัดด้านเวลาและภาระหน้าที่จากการทำงานเป็นอุปสรรคสำคัญอันดับต้น ๆ ที่มารดารับรู้และเผชิญจริง[14]

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าเครื่องดื่มปลีกล้วยผสมขิงสำเร็จรูปช่วยเพิ่มปริมาณน้ำนมและลดภาวะโคลิก ถือเป็นตัวช่วยสำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการศึกษาครั้งนี้ไม่พบผลข้างเคียงที่รุนแรงทั้งในมารดาและทารก แสดงให้เห็นว่าการแปรรูปสมุนไพรเป็นเครื่องดื่มสำเร็จรูปเป็นนวัตกรรมสุขภาพ ที่ตอบโจทย์วิถีชีวิตสมัยใหม่ในเขตชานเมืองที่เร่งรีบ ช่วยให้มารดาสามารถเข้าถึงภูมิปัญญาไทยในการดูแลตนเองและบุตรได้อย่างสะดวกและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาในระยะยาว (Long-term Study) ควรมีการติดตามผลการบริโภคในระยะยาว เพื่อดูความต่อเนื่องของปริมาณน้ำนมและพัฒนาการของทารกหลังจากที่มารดาหยุดบริโภคเครื่องดื่มแล้ว

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์และความพึงพอใจของมารดาในการใช้สมุนไพรไทย เพื่อความเข้าใจในมิติของความเชื่อและวัฒนธรรมการดูแลตนเองหลังคลอดในบริบทที่หลากหลายขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Ballard O, Morrow AL.(2013). Human milk composition: nutrients and bioactive factors. Pediatr Clin North Am. 2013;60(1):49-74. doi: 10.1016/j.pcl.2012.10.002.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC, Group TL.(2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet. 2016;387(10017):475-90.
3. บุญศรี จันทร์เพ็ญ.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีที่นำลูกมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2567;2(3):17-30.
4. Garnacho-Garnacho VE, Rodríguez-López ES, Oliva-Pascual-Vaca Á, Goenaga-Echave L, Otero-Campos Á.(2024). Maternal Psychological Well-Being as a Protector in Infantile Colic. Nutrients. 2024;16(14):2342. doi: 10.3390/nu16142342.
5. Abbas MENA, Abdelhadi AA.(2023). Diagnosis and Management of Infant Colic. AJMCRR. 2023;2(8):1-6.
6. ปฏิญญา จิยิพงศ์, จันทร์ฉาย ยศศักดิ์ศรี, เจนจิรา จันทร์มี, วรินทิพย์ สิทธิชัย, สุพัตรา คชสิทธิ์.(2562). เทคโนโลยีการผลิตเครื่องดื่มน้ำหัวปลีผสมสมุนไพรพร้อมดื่ม ตอบโจทย์กระตุ้นน้ำนมแม่. วารสารกรมวิทยาศาสตร์บริการ. 2562;67(211):16-18.
7. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA.(2015). Health promotion in nursing practice. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
8. Munro, B. H. (2005). Statistical Methods for Health Care Research. (5th ed) Crawfordsville USA: R.R. Donnlley.
9. 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.
10. Cronbach LJ.(1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16(3):297-334.

11. นิธิมา สุทธิพันธุ์.(2564). พืชผักบำรุงน้ำนม. [อินเทอร์เน็ต]. อุบลราชธานี: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 4 มีนาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: http://www.phargarden.com
12. สุสัณหา ยิ้มแย้ม.(2561). สมุนไพรที่กระตุ้นการผลิตน้ำนมแม่. พยาบาลสาร. 2561;45(1):133-145.
13. Wickramarachchi WJ, Perera KRC, Ranasinghe P.(2016). Efficacy of Musa acuminate (Banana) flower as a galactagogue: A systematic review. Int J Sci Res Publ. 2016;6(10):195-200.
14. Thepha T, Marais D, Bell J, Borne MS.(2018). Barriers to exclusive breastfeeding as perceived by Thai mothers: a qualitative study. Int Breastfeed J. 2018;13(1):1-10. doi: 10.1186/s13006-017-0143-x.

การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์

Development of the competency of village health volunteers in consumer protection operations in Nonsuwan district, Buriram province.

(Received: March 8,2026 ; Revised: March 12,2026 ; Accepted: March 14,2026)

ประวัติ พลแสน[1]
Prawat Polsaen[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาคีเครือข่าย 18 คน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 232 คน สุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2569 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค มี 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาความรู้และศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน 3) การดำเนินงานเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในชุมชน และ 4) การสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ผลการประเมินผลรูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=19.53 S.D.=2.42) และการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=2.37 S.D.=0.18 และหลังการพัฒนารูปแบบมีความรู้และการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, งานคุ้มครองผู้บริโภค

Abstract

This action research was aimed to development of the competency of village health volunteers in consumer protection operations in Nonsuwan district, Buriram province. Sample size were network partner of 18 samples and Village Health Volunteers 232 samples, selected according to predefined criteria. The research was conducted between October 2025 - February 2026. Data were collected from questionnaires, 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 model for enhancing the competencies of village health volunteers in consumer protection activities consisted of 4 key components: 1) Capacity Building for Village Health Volunteers, 2) Consumer Protection Communication, 3) Community-Based Consumer Protection Activities and 4) Support and Network Participation. The evaluation results showed that most participants had a moderate

[1] โรงพยาบาลโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์

level of knowledge and a high level of practice about consumer protection operations ($\bar{X}$=19.53 S.D.=2.42, $\bar{X}$=2.37 S.D.=0.18). Moreover, after the implementation of the developed model, both knowledge and consumer protection practices were significantly higher than pre-development (p-value< 0.001).
Keyword : village health volunteers, consumer protection operation

บทนำ

การขยายตัวของระบบเศรษฐกิจ การค้าออนไลน์ และการพัฒนาทางเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นประเด็นสำคัญระดับโลกที่ส่งผลให้ผู้บริโภคต้องเผชิญกับความเสี่ยงจากการถูกเอาเปรียบ การหลอกลวง และการได้รับสินค้าหรือบริการที่ไม่ได้มาตรฐาน ผู้บริโภคทั่วโลกได้รับผลกระทบจากการดำเนินธุรกิจที่ไม่เป็นธรรม โดยเฉพาะในระบบตลาดออนไลน์ ซึ่งพบว่าประมาณ 9 ใน 10 ของผู้บริโภคเคยเผชิญกับรูปแบบการตลาดที่หลอกลวง เช่น การซ่อนค่าธรรมเนียม การสร้างเงื่อนไขสมัครสมาชิกโดยไม่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดการซื้อสินค้าโดยไม่ได้ตั้งใจหรือเกิดความเสียหายต่อข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บริโภค[1] นอกจากนี้ยังพบปัญหาสินค้าปลอมและสินค้าที่ไม่ได้มาตรฐานคิดเป็นประมาณร้อยละ 2.5 ของมูลค่าการค้าทั่วโลก[2] ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจ ความปลอดภัย และสุขภาพของผู้บริโภคทั่วโลก อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชนอย่างรุนแรง สถานการณ์และความเสี่ยงด้านสุขภาพพบมีการเจ็บป่วยของประชาชนกว่า 1.5 ล้านคน พบว่ามีสาเหตุหลักมาจากการบริโภคอาหารที่เกิดจากอาหารที่ปนเปื้อน เชื้อจุลินทรีย์และสารเคมี เช่น สารเคมีที่ใช้ในการกำจัดศัตรูพืช ยาปฏิชีวนะ วัตถุที่เจือปนในอาหารที่ประชาชนรับประทาน ซึ่งรวมไปถึงสารพิษจากจุลินทรีย์และสารเคมีปนเปื้อนจากโรงงานอุตสาหกรรม[3] ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากสภาองค์กรของผู้บริโภคระบุว่า ในปี 2565 มีเรื่องร้องเรียนจากผู้บริโภคจำนวน 14,941 เรื่อง และสามารถดำเนินการช่วยเหลือสำเร็จประมาณ ร้อยละ 91 เป็นมูลค่าการเยียวยาความเสียหายกว่า 286 ล้านบาท[4]และตลอดระยะเวลา 4 ปีที่ผ่านมา มีการช่วยเหลือผู้บริโภคมากกว่า 65,000 ราย เป็นมูลค่าความเสียหายที่ได้รับการเยียวยากว่า 633 ล้านบาท สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภคยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในหลายด้าน[5]

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขเป็นบทบาทที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เนื่องจากเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันคุ้มครองสิทธิของประชาชนในฐานะผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัยและความเป็นธรรมจากการบริโภคสินค้าและบริการ การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (คบส.) เป็นการดำเนินกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการที่อยู่ในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ อาหาร เครื่องสำอาง วัตถุเสพติด วัตถุอันตราย เครื่องมือแพทย์และบริการทางแพทย์ เป็นต้น ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี มุ่งเน้นการพัฒนาเสริมสร้างพัฒนาศักยภาพคนด้านคุณภาพและด้านความปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมของบุคคลและชุมชน เพื่อมุ่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมและเพื่อเป็นการบูรณาการการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชนที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับประชาชนในชุมชน บทบาทสำคัญของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค คือ การให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชน การเฝ้าระวัง

และแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสา รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อรายงานปัญหาและดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสม[6]

จังหวัดบุรีรัมย์เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคผ่านกลไกของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับอำเภอและเครือข่ายภาคประชาชน สำหรับโรงพยาบาลโนนสุวรรณเป็นโรงพยาบาลชุมช ซึ่งดูแลรับผิดขอบ 4 ตำบล 56 หมู่บ้าน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 581 คน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคและการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพยังมีข้อจำกัด ทำให้การดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคในระดับชุมชนยังคงประสบปัญหาหลายประการ เช่น ความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติงานยังไม่เพียงพอ ระบบการเฝ้าระวังในชุมชนยังไม่ครอบคลุม และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแจ้งเบาะแสปัญหายังมีจำกัด ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของประชาชนในชุมชน ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคจึงเป็นกลไกสำคัญในการเฝ้าระวังปัญหาและสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้บริโภคในระดับชุมชน

วัตถุประสงค์

1 เพื่อพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด[7] มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 604 คน ประกอบด้วย 1) เภสัชกร 2) เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 3) นักวิชาการสาธารณสุข 4) ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5) ตัวแทนสถานประกอบการ 6) ผู้นำชุมชน และ 7) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม นักวิชาการสาธารณสุข ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนสถานประกอบการ และ ผู้นำชุมชน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่ม จำนวน 18 คนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง[8] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 232 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละตำบล จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละตำบล

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ 3) มี

สติสัมปชัญญะดี และ 4) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว และ 3) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 7) ประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 25 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[9] ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโนนสุวรรณ 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 โดยประเด็นคำถามเป็นประเด็นเกี่ยวกับสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ รายละเอียดด้านความคิด (Exploring Opinions)[11,12] คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนา (Focus Group Discussion Guidelines) เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชของแบบสอบถาม 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค เท่ากับ 0.93 และ 2) ด้านการ

ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค เท่ากับ 0.88 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2569 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย วิเคราะห์บริบทชุมชน ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน เตรียมชุมชน เตรียมแกนนำชุมชน และชี้แจงวัตถุประสงค์กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

1.1 ศึกษาชุมชนเพื่อให้ผู้วิจัยได้ทราบข้อมูลพื้นฐานของชุมชนและเป็นการยืนยันว่าชุมชนที่เลือกศึกษามีปัญหาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในชุมชนจริง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยได้พูดคุยปรึกษาหารือ และชี้แจงกระบวนการวิจัย แก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ ทราบ และชี้แจ้งให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่ร่วมวิจัยทราบ

1.3 ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนสุวรรณ และสาธารณสุขอำเภอโนนสุวรรณ เพื่อติดต่อขอความอนุเคราะห์สถานที่ บุคลากร ข้อมูลการวิจัย และนัดหมายการดำเนินกิจกรรมต่างๆ

1.4 ติดประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อปรึกษาหารือและขอข้อเสนอแนะในเนื้อหาวิชาการ และการดำเนินการวิจัย ตามความจำเป็น

1.5 ประสานงานกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัยทั้งในส่วนภาครัฐ ท้องถิ่น ท้องที่ และภาคประชาชน

2) ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัยและประเมินผล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กิจกรรมที่ดำเนินการในขั้นตอนวางแผน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน โดยมีรายละเอียดมีดังนี้

2.1 การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) โดยการศึกษาสภาพปัญหาปัญหาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในชุมชน ปัญหาการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากข้อมูลบริบทชุมชน เอกสาร ข้อมูลของชุมชน การสังเกต การสอบถามและการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ในประเด็นแบบเดิมของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ว่ามีการดำเนินการอย่างไรบ้าง และสังเคราะห์ปัญหาด้านเกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งจะเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่เริ่มขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา และการวางแผน

2.2 สรุปข้อมูลจากการศึกษาบริบท และการประเมินสถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา และเป็นไปได้ในการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ ที่เป็นตามแนวทางการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและ

ยา กระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่

2.3 ผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในชุมชน และนำความรู้ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยในการสนทนากลุ่มและการถกปัญหาจะเป็นช่องทางพิจารณาเลือกวิธีการที่ดีที่สุดและวางแผนดำเนินการต่างๆตามรูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่

2.4 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) เป็นแผนปฏิบัติการในการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Act) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้ จากขั้นตอนที่ 1 โดยใช้องค์ประกอบพื้นฐานจากความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ และการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยผู้วิจัยได้จัดเวทีกลุ่มย่อย (Focus group) แสดงความคิดเห็นต่อการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ตัวแทนภาคีเครือข่ายร่วมกันพัฒนาให้เกิดขึ้น วางแผนร่วมกับชุมชนในการนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาจากขั้นตอนที่ 1 ไปใช้จริง โดยประชาสัมพันธ์ในชุมชน พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล ระบบติดตาม การจัดระบบการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริง (Implementation) ในชุมชนโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ติดตามให้คำแนะนำแก่ชุมชน ตรวจสอบ รวบรวมข้อมูลจากการสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้การสังเกตและจดบันทึกการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดในแผนแผนปฏิบัติการ ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย แบบสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ และแบบบันทึกข้อมูลการวิจัยตามแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น วัดผลความรู้และการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบพัฒนาขึ้น สรุปผลการดำเนินการใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เป็นกิจกรรมประเมินผลการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ (Evaluation) รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และคืนข้อมูลต่างๆให้ชุมชน เพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือการขยายผลในชุมชนอื่นๆต่อไป ในขั้นตอนนี้ ได้ร่วมพิจารณาข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากำหนดทิศทางร่วมกัน และเป็นแนวทางใน การปรับแผนใหม่ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความรู้ และระดับการดำเนินงาน ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยให้ข้อมูลและชี้แจงอาสาสมัคร ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โดยโครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2568 เลขที่ BRO 2025-106 รับรองระหว่าง วันที่ 14 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ วันที่ 13 ตุลาคม 2569

ผลการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค

จากการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ PAOR 2 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1) การพัฒนาความรู้และศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน โดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้บริโภค กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ การเลือกบริโภคสินค้าอย่างปลอดภัย และการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน รวมทั้งจัดทำและแจก คู่มือการดำเนินงาน

2) การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคให้แก่ประชาชนในชุมชน ผ่านช่องทางต่างๆ

3) การดำเนินงานเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในชุมชน เป็นการถ่ายทอดความรู้และสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนในพื้นที่ จัดกิจกรรม เช่น ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกซื้อสินค้าและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัย กระตุ้นเตือนประชาชนให้ตระหนักถึงสิทธิผู้บริโภค แจ้งเบาะแสหรือรายงานปัญหา

4) การสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยการได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ซึ่งบทบาทในการสนับสนุนด้านนโยบาย วิชาการ งบประมาณ และการกำกับติดตามการดำเนินงาน

ผลของการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค

ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=19.53 S.D.=2.42) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ก่อนและหลังการพัฒนา (n=232)

ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
ด้านอาหาร	2.07	1.15	ต่ำ	3.91	0.87	ปานกลาง	1.65-2.01	19.955	<0.001*
ด้านยา	3.53	1.24	ปานกลาง	3.99	0.87	ปานกลาง	0.26-0.65	4.702	<0.001*
ด้านเครื่องสำอาง	3.52	1.19	ปานกลาง	3.91	0.88	ปานกลาง	0.20-0.57	4.228	<0.001*
ด้านวัตถุอันตรายที่ใช้ในครัวเรือน	3.57	1.05	ปานกลาง	3.76	0.96	ปานกลาง	0.03-0.35	2.379	0.009*
ด้านสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	3.08	1.80	ปานกลาง	3.96	1.24	ปานกลาง	0.60-0.95	6.359	<0.001*
ภาพรวม	**15.76**	**3.06**	**ปานกลาง**	**19.53**	**2.42**	**ปานกลาง**	**3.28-4.24**	**15.511**	**<0.001***

*p-value<.05

การเปรียบเทียบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=2.37 S.D.=0.18) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ก่อนและหลังการพัฒนา (n=232)

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
ด้านการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน	1.52	0.28	น้อย	2.28	0.30	ปานกลาง	0.71-0.81	30.297	<0.001*
ด้านการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์	1.48	0.27	น้อย	2.30	0.29	ปานกลาง	0.76-0.87	31.868	<0.001*
ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน	1.65	0.46	น้อย	2.47	0.33	มาก	0.74-0.89	21.380	<0.001*
ด้านการรายงานและส่งต่อข้อมูล	1.69	0.51	ปานกลาง	2.42	0.33	มาก	0.64-0.81	17.791	<0.001*
ภาพรวม	**1.59**	**0.23**	**น้อย**	**2.37**	**0.18**	**มาก**	**0.74-0.82**	38.020	<0.001*

*p-value<.05

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ประกอบด้วย 1) การพัฒนาความรู้และศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน 3) การดำเนินงานเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในชุมชน และ 4) การสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระดับชุมชนที่เน้นการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการดำเนินงาน

ด้านคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพในระดับชุมชน โดยเฉพาะบทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับประชาชนในชุมชน การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผ่านการอบรมให้ความรู้ การจัดทำคู่มือ และการสนับสนุนจากเครือข่ายในพื้นที่ สามารถช่วยเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ[13] และในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชนควรประกอบด้วยการพัฒนาความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน การสื่อสารข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้การดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคประสบความสำเร็จ[14]

ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคอยู่ในระดับปาน มีความรู้หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผ่านการอบรมให้ความรู้ การจัดทำคู่มือการดำเนินงาน และการสนับสนุนการเรียนรู้จากภาคีเครือข่าย ซึ่งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคมากยิ่งขึ้น ซึ่งจากการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน พบว่า หลังการอบรมและพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่เป็นระบบสามารถช่วยเพิ่มความรู้และความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ[15] ส่วนในด้านการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค มีการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก มีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนจากหน่วยงานในพื้นที่ สามารถช่วยเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพชุมชนและการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน จึงสามารถถ่ายทอดความรู้ กระตุ้นเตือน และเฝ้าระวังปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดอบรมหรือพัฒนาความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหาร ยา เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำผลการวิจัยไปสนับสนุนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับชุมชน เช่น การจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรขยายพื้นที่การศึกษาไปยังอำเภอหรือจังหวัดอื่น เพื่อเปรียบเทียบระดับสมรรถนะของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และนำผลการศึกษาไปพัฒนาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2) ควรพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่หลากหลาย เช่น การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หรือการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1.Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).(2024). Stronger consumer protections needed to address current and emerging harms consumers face online [Internet]. Paris: Available from: https://www.oecd.org/en/about/news/press-releases/2024/10/stronger-consumer-protections-needed-to-address-current-and-emerging-harms-consumers-face-online.html

2.Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), European Union Intellectual Property Office (EUIPO).(2021). Global Trade in Fakes: A Worrying Threat**.** Paris: OECD Publishing; 2021.

3.World Health Organization.(2015). WHO estimates of the global burden of foodborne diseases: foodborne disease burden epidemiology reference group 2007-2015. Geneva: World Health Organization; 2015.

4.สภาองค์กรของผู้บริโภค.(2566). รายงานผลการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ปี 2565 กรุงเทพฯ: สภาองค์กรของผู้บริโภค; 2566.

5.สภาองค์กรของผู้บริโภค.(2567). รายงานผลการดำเนินงานสภาองค์กรของผู้บริโภคต่อวุฒิสภา. กรุงเทพฯ: สภาองค์กรของผู้บริโภค; 2567

6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.

7.Kemmis, S., & McTaggart, R.(1988). The action research planner (3rd ed.). Geelong, Victoria: Deakin University Press; 1988.

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; 1971.

10. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.

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.สุพัตรา พรมมา, และคณะ.(2566). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2566;19(2):45-56.

14.กมลชนก บุญเกิด, และคณะ.(2565). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(4):678-689.

15.วิภาวดี ศรีสุข, และคณะ.(2567). ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2567;42(1):101-112.

16.พรทิพย์ แก้วคำ, และคณะ.(2566). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน. วารสารควบคุมโรค. 2566;49(3):345-356.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลสองพี่น้อง
Development of a Care Model for Stroke Patients during Rehabilitation Song Phi Nong Hospital.

(Received: March 15,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 26,2026)

สุดใจ บุญก่อเกื้อ[1]
Sudjai Boonkorkae[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลสองพี่น้อง กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกแบบเจาะจงคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ จำนวน 127 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ที่พัฒนาขึ้น แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากการดูแล ใช้ระยะการดำเนินการ 14 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาล สองพี่น้อง ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) ขั้นตอนการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่รับการรักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องถึงชุมชน และ 2) การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา หลังการใช้รูปแบบฯพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองกลุ่มเล็กและกลุ่มทดลองกลุ่มใหญ่ 1) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับบ่อยครั้งถึงทุกครั้ง โดยภาพรวมผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับบ่อยครั้งเท่ากัน ($\bar{x}$= 4.24, SD = 3.00) และ ($\bar{x}$= 4.10, SD = 2.71) ตามลำดับ 2) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ได้ด้วยตัวเอง ($\bar{x}$= 17.13, SD = 3.64) และ ($\bar{x}$= 18.11, SD = 2.47) และค่า ADL สูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) เช่นกัน ส่วนภาวะแทรกซ้อน พบว่า กลุ่มทดลองกลุ่มเล็ก เกิดrecurrent ร้อยละ 12.50 ส่วนใหญ่ไม่readmit ร้อยละ 62.50 เกิดปอดอักเสบและแผลเบาหวานติดเชื้อร้อยละ 12.50 เท่ากัน ขาดยา ร้อยละ 25.00 และกลุ่มทดลองกลุ่มใหญ่ พบเพียงการเกิดปอดอักเสบ ร้อยละ 5.26 แผลเบาหวานติดเชื้อ ร้อยละ 10.53 และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 5.26

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

Abstract

This research and development aimed to develop a care model for stroke patients during rehabilitation at Song Phi Nong Hospital. Participants were selected using a purposive sampling technique: 127 stroke patients during rehabilitation. The research instruments were: 1) A behavior, 2) ADL evaluation 3) the feasibility assessment form of the care model's implementation. The data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics.

The results showed that the a Care Model for Stroke Patients during Rehabilitation included two main categories: 1) Process of a Care Model for Stroke Patients during Rehabilitation of Care from Hospital to the community 2) Developing competence based on the model by Bandura after Implementing the model, small and large experiments were considered. 1) Self-care behaviors were observed frequently every time. Overall, all patients exhibited self-care behaviors at a similar level of frequency. ($\bar{x}$= 4.24, SD = 3.00), ($\bar{x}$= 4.10, SD = 2.71) 2) ADL level ($\bar{x}$= 17.13, SD = 3.64), ($\bar{x}$= 18.11, SD = 2.47) and the ADL level is higher before a model the difference is statistically significant (p<0.001). Regarding complications, the small experimental group experienced recurrent complications in 12.50% of cases, with the majority (62.50%) not readmitted.

[1] โรงพยาบาลสองพี่น้อง

Pneumonia and diabetic ulcer infections occurred in equally high rates (12.50%), and medication non-adherence was observed in 25.00% of cases. The large experimental group only experienced pneumonia (5.26%), diabetic ulcer infections (10.53%), and urinary tract infections (5.26%).

Keywords: A Care Model in Patients Stroke Patients during Rehabilitation

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับต้น ๆ ของโลก มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 6.7 ล้านคนต่อปี และพบอัตราการเกิดโรคในกลุ่มที่ช่วงอายุยังน้อยคือ ช่วงอายุ 15-49 ปี พบสูงถึง 2.2 ล้านกว่าคน และร้อยละ 6 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร[1] สถิติในปี 2566 - 2567 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 349,126, และ 358,062 ราย ตามลำดับ และเสียชีวิต 36,214 และ39,086 ราย ตามลำดับทั้งอัตราการป่วยและเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี[2] และสำหรับโรงพยาบาลสองพี่น้องพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มอย่างต่อเนื่องคือในปี 2565-2567 พบจำนวน 35, 41 และ 48 คน ตามลำดับ

จากสถานการณ์อุบัติการณ์การป่วยและการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มสูงขึ้นนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดเป็นนโยบายให้หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับให้สามารถดูแลผู้ป่วยในระยะการฟื้นฟูตามขีดความสามารถที่กำหนด ซึ่งถ้าสามารถดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพที่มีประสิทธิภาพที่ดีจะสามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล 0.65 เท่า และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตมากถึง 1 เท่า และสามารถลดความพิการได้ 1.5-2.5 เท่า[3] ผู้ป่วยจะฟื้นตัวได้เร็ว ลดความพิการน้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ และยังสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้[4] จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โดยดำเนินการ 4 ระยะคือ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา 2) พัฒนารูปแบบการให้บริการ 3) นำรูปแบบการให้บริการไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเอง มีความสามารถในพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[5] ส่วนการดูแลแบบองค์รวม โดยการพัฒนาความรู้ ฝึกทักษะการบริหารร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน หลังการพัฒนารูปแบบพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะโดยรวมในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)[6] และการพัฒนารูปแบบในการจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพของบุคลากร จัดทำคู่มือ บูรณาการการฟื้นฟูสภาพ การเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมกายภาพบำบัด สร้างการรับรู้สมรรถนะตนเองให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ หลังการพัฒนาพบว่า รูปแบบการบริการที่พัฒนาขึ้นใหม่มีค่าเฉลี่ยความเหมาะสมในการนำไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.80, SD=0.41)[7]

โรงพยาบาลสองพี่น้องเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง สำหรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสองพี่น้องนั้นหลังผู้ป่วยกลับจากการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์พระปกเกล้า ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) <15 จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลต่ออีก 3 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วยเหล่านี้จะแยกอยู่ในความดูแลในคลินิกกายภาพบำบัด กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วมจะได้รับการดูแลที่คลินิกโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมอาการไม่รุนแรงจะได้รับการดูแลที่คลินิก Stroke จากระบบบริการนี้ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดการติดตามการดูแลรักษา ไม่ครอบครอบคลุมทุกกิจกรรมการ

ฟื้นฟูสภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยช้า ซึ่งในปี 2567 พบว่า พบกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคน้อยเข้ารับการรักษาจากภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 54.93 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับ ADL ลดลงก่อนจำหน่าย < 12 และยังพบการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำร้อยละ 8.16 ภายในระยะ 3 เดือน พบการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมีสาเหตุจาก 1) ผู้ป่วยมีการบริหารร่างกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพที่ไม่ต่อเนื่อง ไม่มาตามนัด ร้อยละ 9.82 ขาดยา ร้อยละ 11.24 นอกจากนี้ยังพบปัญหาที่ผู้ป่วย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ตามกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่ไม่ครบถ้วนตามกิจกรรมที่กำหนด เนื่องจากขาดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่องคือการขาดการวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพไม่มีรูปแบบการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy-theory) เพื่อการฟื้นฟูสภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นแนวทางเดียวกัน

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำคลินิก Stroke จึงมุ่งหวังที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยทำการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการส่งเสริมผู้ป่วยให้เกิดพฤติกรรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา[6] นั้นจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้สมรรถนะแห่งตน จนเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรักษาพยาบาล (medical managenment) ผู้ป่วยต้องมีความตระหนักรู้และสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 2) ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามสมรรถนะแห่งตนกับการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค เพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (behavioral management or role management) 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการสนับสนุนจากระบบการบริการรูปแบบใหม่ ได้แก่ การเยี่ยมบ้านโดยภาคีเครือข่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การจัดHome ward การเยี่ยมบ้านแบบทางไกล (Tele nursing) และการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ร่วมกับการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้เหมาะสมกับภาวะของโรคได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถควบคุมโรคร่วมได้มีการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพได้อย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ

2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพได้แก่ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่กิจวัตรประจำวัน ค่าคะแนน ADL และภาวะแทรกซ้อน

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลสองพี่น้อง ร่วมกับการใช้แนวคิดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของแบนดูราที่เชื่อว่าบุคคลจะตัดสินใจการทำพฤติกรรมใดหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลของการกระทำนั้น ๆ (Outcome expectation) ระยะการดำเนินการวิจัยเดือนมกราคม 2568 – 19 กุมภาพันธ์ 2569 ผู้วิจัยดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1)การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่าย และภาคเครือข่าย 3) การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับกลุ่มทดลอง หลังจากนั้น สรุปและประเมินผลลัพธ์ นำรูปแบบมาแก้ไขปรับปรุงร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 4) นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับกลุ่มทดลองกลุ่มใหญ่สรุปและประเมินผลลัพธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน หรือแตก ซึ่งประกอบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพในคลินิก stroke และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสองพี่น้อง และต่อเนื่องในชุมชน เขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสองพี่น้อง จำนวน 4 ตำบล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 - 2568 จำนวน 181 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน หรือแตก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งประกอบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ในคลินิก stroke และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสองพี่น้อง และต่อเนื่องในชุมชน เขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสองพี่น้อง จำนวน 4 ตำบล คือ 1) เป็นข้อมูลการรักษาในเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 – 2567 จำนวน 100 ฉบับ และ 2) กลุ่มทดลองกลุ่มเล็ก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ในคลินิก stroke ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสองพี่น้อง และต่อเนื่องในชุมชน ที่อยู่ระยะฟื้นฟูสภาพภายในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน ระหว่างเดือน เมษายน - พฤษภาคม 2568 ที่มีระยะเวลาฟื้นฟูสภาพ ในระยะเวลา 3 เดือน ไม่เกินวันที่ 7 สิงหาคม 2568 จำนวน 8 คน และกลุ่มทดลองกลุ่มใหญ่ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสองพี่น้อง และต่อเนื่องในชุมชน ที่อยู่ระยะฟื้นฟูสภาพภายในระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างเดือน 16 สิงหาคม – 19 พฤศจิกายน 2568 จำนวน 19 คน ให้การดูแลฟื้นฟูสภาพจนถึง 19 กุมภาพันธ์ 2569 รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลสองพี่น้อง ทั้งสิ้นจำนวน 27 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารวมทั้งสิ้น 127 คน โดยมีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษาคือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ระยะฟื้นฟูสภาพภายในระยะเวลา 3 เดือนทั้งรายใหม่และรายเก่า 2) มีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางจากการประเมินด้วยดัชนีบาร์เธล (ADL) ได้คะแนน 0-15 คะแนน 3) ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ 4) มีการรับรู้และสื่อความหมายได้ด้วยภาษาไทย และ5) ยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลสองพี่น้อง แบ่งเป็น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัวอื่น ๆ และผู้ดูแล จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ 7 ด้าน จำนวน 37 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่เพื่อการฟื้นฟูสภาพ 7 ด้าน ได้แก่1)การรับประทานอาหาร 2)การรับประทานยา 3)การขับถ่าย 4)การเคลื่อนไหวเพื่อการฟื้นฟูสภาพ 5)การบริหารแขนและข้อมือสะโพก ขา และก้น 6)การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และ7)การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นคำถามแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง นานครั้ง น้อยครั้ง และไม่เคย ข้อคำถามเป็นด้านบวกทั้งหมด การให้คะแนนถ้าตอบทุกครั้ง บ่อยครั้ง นานครั้ง น้อยครั้ง และไม่เคย ให้ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ การแปลผลระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่เพื่อการฟื้นฟูสภาพ จากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ จำนวน 10 ด้าน รวมระดับคะแนน ADL 20 คะแนน ดังนี้[6]

คะแนน ADL	แปลผล
12 คะแนนขึ้นไป	มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง
9 - 11 คะแนน	มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
5-8 คะแนน	มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย
0-4 คะแนน	มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้น้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) และค่าความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) พบมีค่าดัชนีวัดความสอดคล้องรายข้อ ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไปทุกหัวข้อ หลังจากนั้นนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. สถิติเชิงคุณภาพ ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

2. สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่า ADL การขาดยา recurrent readmit

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ก่อนและหลังได้รับรูปแบบฯ ของกลุ่มทดลองกลุ่มเล็กและกลุ่มทดลองกลุ่มใหญ่ ด้วยสถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรที่ศึกษาโดยการนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของจังหวัดจันทบุรี เอกสารรับรองเลขที่ COA 049/68 ลงวันที่ 13 มิถุนายน 2568

ผลการวิจัย

1. การค้นหาปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

1.1 การค้นหาปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพจากรูปแบบเดิม โดยศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสองพี่น้อง และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู สภาพปัญหาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสองพี่น้อง และการดูแลต่อเนื่องระยะฟื้นฟูในชุมชน โดยการทบทวนสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จากเวชระเบียนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2565 - ปี พ.ศ. 2567 ทั้งหมด 100 ฉบับ ระหว่างเดือน มกราคม - เมษายน 2568 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่พบปัญหาการดูแล เกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 36 ฉบับ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนั้น เพศหญิงและ

เพศชายใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 52.78, 47.22 ตามลำดับ มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.89 มีอายุเฉลี่ย 71.78 ปี อายุน้อยที่สุด 42 ปี มากที่สุด 92 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.33 การศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ58.33 มีโรคประจำตัวความสันโลหิตสูง ร้อยละ 58.33 กลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (recurrent) ร้อยละ 36.12 และreadmit ภายใน 3 เดือนจากปอดอักเสบ ร้อยละ 44.44 และ แผลติดเชื้อ ร้อยละ 19.44

1.2 การค้นหาปัญหาจากการสืบค้นชนิดของหลักฐานเชิงประจักษ์ จากงานวิจัย เอกสารวิชาการ ตำราวิชาการและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2568 และ ค.ศ. 2016-2025 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, Google Scholar, Thaijo และการสืบค้นด้วยมือ เกี่ยวกับกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ จำนวน 22 เรื่อง

ผลลัพธ์ จากการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง

ปัญหา และความต้องการการดูแล

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลเสียต่อผู้ป่วยหลายด้าน ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยการดูแลผู้ป่วยต้องดูแลแบบองค์รวม ต้องมีการประเมิน ปัญหาและความต้องการการดูแลให้ครอบคลุมปัญหาทุกด้าน ทุกมิติ โดยประสานการร่วมมือให้การ ดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว ชุมชน และองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปปัญหา ความต้องการการดูแล ในแต่ละด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกายได้แก่ ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว เนื่องจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้มีปัญหาด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่กิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนาน ๆ เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อที่แผล ข้อติดแข็ง เป็นต้น

2) ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การช่วยเหลือในการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมและทักษะในการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นฟูสภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

3) ปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะเครียด ซึมเศร้า การสูญเสียภาพลักษณ์ ผู้ป่วยต้องการกำลังใจ ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ความรัก การใส่ใจ

4) ปัญหาด้านสังคม ได้แก่ ขาดผู้ดูแล หรือมีข้อจำกัดของผู้ดูแล ผู้ป่วยบาง รายผู้ดูแลต้องรับภาระในการหารายได้เพื่อเลี้ยงดูครอบครัวทำให้ขาดผู้ดูแล

5) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ว่างงาน ขาดรายได้ สูญเสียอาชีพ ไม่มีสิทธิ์ด้านสวัสดิการ การรักษาพยาบาล และปัญหาค่าใช้จ่าย ขาดศักยภาพในการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านไม่เหมาะสม

ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสมองระยะฟื้นฟูสภาพตามปัญหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

2. ผลลัพธ์ในขั้นตอนที่ 2 การยกร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพมีดังนี้

2.1 การระบุประชากรเป้าหมายเพื่อให้การดูแลระยะฟื้นฟูสภาพ

2.2 การกำหนดช่องทางการรับ-ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลสองพี่น้องถึงชุมชน

2.3 การกำหนดผู้ประสานการดูแล

2.4 การกำหนดทีมดูแลในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

2.5 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพร่วมกับการส่งเสริมความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของผู้ป่วยตามแนวคิดของแบนดูรา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy-Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1996) มาประยุกต์ใช้ในการ

ออกแบบกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพในขั้นตอนที่ 3 โดยมุ่งเน้นในการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่กิจวัตรประจำวันในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การบริหารร่างกาย การจัดท่านอน ท่านั่ง ท่าเดิน การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ให้เกิดข้อติดแข็ง การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ความสามารถตนเองในการออกแบบกิจกรรมในรูปแบบฯ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองทั้ง 4 วิธี ดังนี้

1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery expenences) เป็นการที่บุคคลได้รับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าสามารถกระทำกิจกรรมใด ๆ ได้สำเร็จ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อมั่นและเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น โดยการให้ความรู้และฝึกให้มีทักษะเพียงพอ การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จประกอบด้วยกิจกรรม 3 ประการ ดังนี้

(1) การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ประกอบสื่อวีดีทัศน์เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้กลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มวิเคราะห์วีดีทัศน์ และส่งตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลที่ได้จากการวิเคราะห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างอภิปรายร่วมกันเพื่อให้เข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุการเกิดโรค อาการของโรค การรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การสาธิตและฝึกทักษะ การบริหารร่างกายโดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำเองและโดยมีผู้ดูแลช่วยทำการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันตั้งแต่ตื่นนอนถึงเข้านอน การจัดท่านอน ท่านั่ง ท่าเดิน การขึ้น-ลงบันได การป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการรับประทานยา การจัดการความเครียดหรือความทุกข์ การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

(2) การสร้างการรับรู้ เกี่ยวกับเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้ อันจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการให้เห็นตัวแบบด้านลบ โดยเชิญผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาเป็นต้นแบบให้เห็น และเล่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่าง ที่ไม่ถูกต้อง หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันว่าในชุมชนมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ อะไรเป็นสาเหตุของการเกิดโรค ใครมีโอกาสเกิดโรคมากที่สุด โรคมีความรุนแรงเพียงใดทำให้เสียชีวิตหรือไม่ พิการหรือไม่ โอกาสเกิดโรคซ้ำมากน้อยเพียงใด ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองไม่ว่าจะเกิดจาก หลอดเลือดสมองแตก ตีบ และอุดตัน มีแนวทางการดูแลเมื่อกลับมาฟื้นฟูสภาพที่บ้านหรือในชุมชนอย่างไร แล้วให้กลุ่มทดลองอภิปรายร่วมกัน เพื่อสรุปภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำ

(3) การฝึกทักษะและสาธิตในการดูแลตนเอง โดยการฝึกทักษะและสาธิตการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ดังนี้

ก. การจัดท่าให้เหมาะสม โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการจัดท่าให้เหมาะสม โดยการบรรยายประกอบสื่อเพาเวอร์พ้อย (power point) ที่ผู้วิจัยสร้างเอง และใช้สื่อในการให้ความรู้หลากหลายเช่น คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีภาพประกอบ มีทีมสหสาขาวิชาชีพงานสุขภาพบูรณาการระดับอำเภอให้เหมาะสม

ข. การบริหารข้อต่อและการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดในการบริหารข้อต่อและออกกำลังกายกล้ามเนื้อ

โดยการบรรยายประกอบสื่อเพาเวอร์พ้อย (power point) ที่ผู้วิจัยสร้างเอง และเตรียมอุปกรณ์ ที่ต้องใช้ในการสาธิต เช่น เตียงนอน คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีภาพประกอบ มีนักกายภาพมาช่วยสาธิตในการบริหารข้อต่อและออกกำลังกาย เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะในการจัดท่าที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเช่นการหัดการเคลื่อนไหว้เตียงและหัดนั่งการหัดยืนและเดิน การฝึกกิจวัตรประจำวันการดูแลระบบขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระ การพลิกตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการนำรูปแบบฯ ที่พัฒนานำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง ระหว่างเดือน เมษายน - พฤษภาคม 2568 ที่มีระยะเวลาฟื้นฟูสภาพ ในระยะเวลา 3 เดือน ไม่เกินวันที่ 7 สิงหาคม 2568 จำนวน 8 คน ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดของแบนดูราคือ การสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู และฝึกทักษะการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การขับถ่าย การบริหารร่างกายด้านอ่อนแรงโดยตัวผู้ป่วยเอง (9 ท่า) และการบริหารกล้ามเนื้อในการกลืน (10 ท่า) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน[6] ส่วนการสร้างความคาดหวังในผลของการกระทำ โดยการกำหนดผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพร่วมกับผู้ป่วย รวมทั้งการใช้บุคคลต้นแบบในพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จในชุมชน

ผลลัพธ์จากการทดลองการใช้รูปแบบฯ ในกลุ่มทดลอง ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองกลุ่มเล็ก ได้แก่ ผู้รับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ จำนวน 8 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.89 มีอายุเฉลี่ย 63.88 ปี (SD = 14.57) มากที่สุดมีอายุอายุ 60–70 ปี ร้อยละ 37.50 มากที่สุดมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.50 มากที่สุดมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 62.50 มีผู้ดูแล ร้อยละ 100 การเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดrecurrent ร้อยละ 12.50 ส่วนใหญ่ไม่readmit ร้อยละ 62.50 เกิดปอดอักเสบและแผลเบาหวานติดเชื้อ ร้อยละ 12.50 เท่ากัน ขาดยา ร้อยละ 25.00

สำหรับค่า ADL ของกลุ่มทดลองกลุ่มเล็กก่อนได้รับรูปแบบฯ มีค่า ADL ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย ($\bar{x}$= 8.50, SD = 2.14) หลังได้รับรูปแบบฯ กลุ่มทดลองกลุ่มเล็ก มีค่าADL ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ($\bar{x}$= 17.13, SD = 3.64) เมื่อเปรียบเทียบค่า ADL หลังได้รับรูปแบบฯ ค่าADLสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ส่วนผลลัพธ์ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองกลุ่มเล็กพบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับบ่อยครั้งถึงทุกครั้ง โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับบ่อยครั้งบ่อยครั้ง ($\bar{x}$= 4.24, SD = 3.00) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองตามคำแนะนำด้านสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับค่อนข้างดี

ขั้นตอนที่ 4 การนำรูปแบบฯ ที่ปรับปรุงใหม่ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลองกลุ่มใหญ่คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสองพี่น้อง และต่อเนื่องในชุมชน ที่อยู่ระยะฟื้นฟูสภาพภายในระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างเดือน 16 สิงหาคม – 19 พฤศจิกายน 2568 จำนวน 19 คน ให้การดูแลฟื้นฟูสภาพจนถึง 19 กุมภาพันธ์ 2569 โดยการใช้แนวคิดของแบนดูราเช่นกัน และเพิ่มการเยี่ยมบ้านโดยภาคีเครือข่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การเยี่ยมบ้านแบบทางไกล (Tele nursing) และการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น และเพิ่มการแจ้งเตือนก่อนวันนัด 1 วันและการติดตามผู้ป่วยมารับยาโดยทีมอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม) หลังดำเนินการ

ครบ 3 เดือน ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ ได้แก่พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การขาดยา recurrent readmit ภายใน 3 เดือน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นดังนี้

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองกลุ่มใหญ่ จำนวน 19 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.42 มีอายุเฉลี่ย 63.88 ปี (SD = 14.57) มากที่สุดมีอายุ อายุต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 57.90 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.42 มากที่สุดมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.10 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.16 มากที่สุดมีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.64 มีผู้ดูแล ร้อยละ 100 การเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่วนใหญ่ไม่พบการreadmit ร้อยละ 78.95 เกิดปอดอักเสบ ร้อยละ 5.26 แผลเบาหวาน ติดเชื้อ ร้อยละ 10.53 และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 5.26 ขาดยา ร้อยละ 0.00

สำหรับค่า ADL ของกลุ่มทดลองกลุ่มใหญ่ก่อนได้รับรูปแบบฯ มีค่า ADL ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย ($\bar{X}$= 8.58, SD = 2.50) หลังได้รับรูปแบบฯ กลุ่มทดลองกลุ่มใหญ่ มีค่าADL ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ($\bar{X}$= 18.11, SD = 2.47) เมื่อเปรียบเทียบค่า ADL หลังได้รับรูปแบบฯ ค่าADLสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ส่วนผลลัพธ์ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองกลุ่มใหญ่พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับบ่อยครั้งถึงทุกครั้ง โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับบ่อยครั้ง ($\bar{X}$= 4.10, SD= 2.71) เช่นกันกับกลุ่มทดลองขนาดเล็ก แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่อนข้างสม่ำเสมอหลังได้รับรูปแบบฯ

สรุป ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ จากการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพจากการทบทวนจากเวชระเบียน จำนวน 100 ฉบับ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 22 เรื่อง หลังจากนั้นและนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ยกร่างร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ หลังจากนั้นในขั้นตอนที่ 3 ได้นำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้กับใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ กลุ่มเล็ก ที่อยู่ในระยะ 3 เดือนหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างเดือน เมษายน - พฤษภาคม 2568 ที่มีระยะเวลาฟื้นฟูสภาพ ในระยะเวลา 3 เดือน ไม่เกินวันที่ 7 สิงหาคม 2568 จำนวน 8 คน ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดของแบนดูราที่โดยการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู และฝึกทักษะการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การขับถ่าย การบริหารร่างกายด้านอ่อนแรงโดยตัวผู้ป่วยเอง (9 ท่า) และการบริหารกล้ามเนื้อในการกลืน (10 ท่า) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (เพ็ญศรี แสนสุข, 2562) ส่วนการสร้างความคาดหวังในผลของการกระทำ โดยการกำหนดผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพร่วมกับผู้ป่วย รวมทั้งการใช้บุคคลต้นแบบในพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จในชุมชน และการได้รับการสนับสนุนจากระบบการบริการรูปแบบใหม่ ได้แก่การเยี่ยมบ้านโดยภาคีเครือข่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การเยี่ยมบ้านแบบทางไกล (Tele nursing) และการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น หลังครบระยะการฟื้นฟูสภาพภายในระยะ 3 เดือน ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ ได้แก่พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การขาดยา recurrent readmit ภายใน 3 เดือน ปัญหาที่พบคือ การเกิด recurrent 1 ราย readmit 2 และขาดยา อย่างละ

2 ราย ดังนั้นผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพประชุมร่วมกันเพื่อหาแนวทางแก้ไขได้ข้อสรุปคือการเพิ่มการแจ้งเตือนก่อนวันนัด 1 วันและการติดตามผู้ป่วยมารับยาโดยทีมอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม) หลังปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น นำรูปแบบที่ปรับปรุงใหม่ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสองพี่น้อง และต่อเนื่องในชุมชน ที่อยู่ระยะฟื้นฟูสภาพภายในระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างเดือน 16 สิงหาคม – 19 พฤศจิกายน 2568 จำนวน 19 คน ให้การดูแลฟื้นฟูสภาพจนถึง 19 กุมภาพันธ์ 2569 โดยดำเนินการ เช่นเดียวกับการทดลองในขั้นตอนที่ 3 หลังดำเนินการครบ 3 เดือน ประเมินผลลัพธ์พบว่า กลุ่มทดลองครั้งที่ 2 พบ การreadmit ภายใน 3 เดือน จำนวน 4 ราย ไม่พบการขาดยา และการเกิด ภายในระยะเวลา 3 เดือน

สรุปและอภิปรายผล

ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ที่ได้พัฒนาขึ้น

จากการพัฒนารูปแบบฯ ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดของแบนดูราไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลสองพี่น้อง ผู้วิจัยนำเสนออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้วิจัยใช้แนวคิด การพัฒนาและการวิจัยจากการการค้นหาปัญหาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่งาน จากการศึกษาสภาพปัญหาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่งาน โดยศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสองพี่น้อง และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู สภาพปัญหาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสองพี่น้อง และการดูแลต่อเนื่องระยะฟื้นฟูในชุมชน โดยการทบทวนสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จากเวชระเบียนผู้ป่วย และการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ จำนวน 22 เรื่อง ในการนำมาพัฒนารูปแบบฯ และการใช้แนวคิดของแบนดูราในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการยกร่างของรูปแบบฯ จนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพที่มีความเชื่อมโยงตั้งแต่การดูแลในโรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงชุมชน ทำให้มีแนวทางการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสะท้อนผลจากผลลัพธ์จากการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

2. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการใช้แนวคิดการใช้แนวคิดของแบนดูราในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง จากการที่ผู้วิจัยนำรูปแบบนี้มาปรับใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้กับผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองระยะฟื้นฟูสภาพตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาลสองพี่น้อง ต่อเนื่องจนถึงชุมชน ทั้ง 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่า หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการใช้แนวคิดการใช้แนวคิดของแบนดูราในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ทั้งกลุ่มทดลองกลุ่มเล็กและกลุ่มทดลองกลุ่มใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับบ่อยครั้งถึงทุกครั้ง โดยภาพรวมผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับบ่อยครั้งเท่ากัน ($\bar{x}$= 4.24, SD = 3.00) และ ($\bar{x}$= 4.10, SD = 2.71) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการ

ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองตามคำแนะนำด้านสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับค่อนข้างดี ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ พัฒนามาจากรูปแบบฯ ที่ได้จากการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎี หลักฐานเชิงประจักษ์ ผ่านการตรวจสอบประสิทธิภาพ มีความถูกต้องความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ และยกร่างร่วมกับการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา โดยผู้วิจัยนำมาพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทสภาพปัญหาในพื้นที่ มีคู่มือแนวปฏิบัติการส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งในส่วนของโรงพยาบาลต่อเนื่องจนถึงชุมชน สามารถฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกัน การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพทางกลุ่มไลน์ กรณีพบว่าการปฏิบัติตามรูปแบบมีข้อจำกัด และได้ส่งเสริมความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของผู้ป่วยตามแนวคิดของแบนดูรา ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสองพี่น้อง ต่อเนื่องจนถึงชุมชนทั้ง 3 กิจกรรม คือการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การสร้างการรับรู้ เกี่ยวกับเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการฝึกทักษะและสาธิตในการดูแลตนเอง โดยการฝึกทักษะและสาธิตการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทั้งหมด 10 ท่า จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับบ่อยครั้งถึงทุกครั้ง โดยภาพรวมผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับบ่อยครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี แสนสุข[6] ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอปากเกร็ดจังหวัดนนทบุรี โดยการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา พบว่า หลังได้รับรูปแบบของโปรแกรมฯ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$= 3.93, SD = 0.59) แตกต่างจากพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{x}$= 3.76, SD = 0.68) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 สำหรับผลลัพธ์ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ก่อนได้รับรูปแบบฯ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ทั้งกลุ่มทดลองกลุ่มเล็กและกลุ่มทดลองกลุ่มใหญ่ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้น้อย ($\bar{x}$= 8.50, SD = 2.14) และ ($\bar{x}$= 8.58, SD = 2.50) ตามลำดับ หลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองทั้ง 3 กิจกรรม การให้ความรู้ การฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานตั้งแต่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องถึงชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การสื่อสารทางไลน์ การใช้ระบบเตือนติดตามการขาดยา พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นฟื้นฐานได้ด้วยตัวเอง ($\bar{x}$= 17.13, SD = 3.64) และ ($\bar{x}$= 18.11, SD = 2.47) และเมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ของกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ค่า ADL หลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู สูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัณย์ กาไหล่ทอง[8] ที่ได้พัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความพร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน โดยการส่งเสริมการสร้างความสามารถในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและญาติร่วมกับครอบครัว พบว่าหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมนี้ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 สำหรับผลลัพธ์ด้านภาวะแทรกซ้อน

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ในกลุ่มที่ 1ที่ศึกษาจากเวชระเบียน จำนวน 100 ฉบับนั้น พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ สมองซ้ำ recurrent ร้อยละ 36.12 และ readmit ภายใน 3 เดือนจากโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 44.44 และ แผลติดเชื้อ ร้อยละ 19.44 ส่วนกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มคือ หลังได้รับรูปแบบฯ ภายในระยะ การฟื้นฟูสภาพใน 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองกลุ่มเล็ก เกิดrecurrent ร้อยละ 12.50 ส่วนใหญ่ไม่readmit ร้อยละ 62.50 เกิดปอดอักเสบและแผลเบาหวานติดเชื้อ ร้อยละ 12.50 เท่ากัน ขาดยา ร้อยละ 25.00 ส่วนกลุ่มทดลองกลุ่มใหญ่ ที่ได้รับโปรแกรมฯ และทีมสหสาขาวิชาชีพได้เพิ่ม การแจ้งเตือนก่อนวันนัด 1 วันและการติดตามผู้ป่วยมารับยาโดยทีมอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม) พบว่า กลุ่มทดลองกลุ่มใหญ่ส่วนใหญ่ไม่พบการ readmit ร้อยละ 78.95 ไม่เกิดการrecurrent และไม่ขาดยา พบเพียงการเกิดปอดอักเสบ ร้อยละ 5.26 แผลเบาหวานติดเชื้อ ร้อยละ 10.53 และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 5.26 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบฯ นี้ ที่ได้พัฒนาโดยอิงจากบริบทปัญหาในพื้นที่ การกำหนดรูปแบบที่ง่ายต่อการปฏิบัติ จึงส่งเสริมให้สามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพในการเพิ่มค่า ADL ให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพได้เพิ่มขึ้น และสามารถลดภาวะแทรกซ้อนภายในระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพภายใน 3 เดือนได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมาพร ชนะมาร[9] ที่ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามบริบทพื้นที่ การออกแบบรูปแบบและการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การทบทวนและปรับปรุงรูปแบบการดูและผู้ป่วยเป็นระยะ พบว่าหลังกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นใหม่สามารถลดภาวะแทรกซ้อนความรุนแรงลง และความสามสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน ไม่พบการติดเชื้อที่ปอดและแผลกดทับ พบเพียงการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 1.60

ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการใช้แนวคิดการใช้แนวคิดของแบนดูราในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง ทั้ง 3 กิจกรรมคือ การให้ความรู้การฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานตั้งแต่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องถึงชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การสื่อสารทางไลน์ การใช้ระบบเตือนติดตามการขาดยา การแจ้งเตือนก่อนวันนัด 1 วันและการติดตามผู้ป่วยมารับยาโดยทีมอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม) สามารถเพิ่มระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองและค่า ADLให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนให้กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรกำหนดเป็นนโยบายในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ ให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและควรมีการติดตามและประเมินอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

1.2 ควรนำผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบฯ นี้ร่วมกับการใช้แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง ทั้ง 3 กิจกรรม ของแบนดูราในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นข้อมูลในการพัฒนาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมากยิ่งขึ้น

1.3 ควรนำแนวคิดในการพัฒนารูปแบบฯ นี้ที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแล

ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญทางคลินิกอื่น ๆ ที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ ในโรงพยาบาลสองพี่น้อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ เพิ่มเป็น 6 เดือน เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

2.2 ควรศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ที่พัฒนานี้ กับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้มีความครอบคลุมของรูปแบบฯ เพิ่มยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. (2022). Global stroke fact sheet 2022. https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf
2. กรมควบคุมโรค. (2567). อัตราเสียชีวิต โรคหลอดเลือดในสมอง. https://www.hfocus.org/content/2024/07/31149
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย (Intermediate Care Model for Elderly people of Thailand) (ฉบับปรับปรุง). บียอนด์ พับลิสชิ่ง.
4. ปนัดดา ภักดีวิวรรธ, สุนทรา เลี้ยงเขวงศ์, และ สมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2561). ปัจจัยทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 1 ปีแรก. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(19), 185-193.
5. ปัญจนา พรายอินทร์, บุญญรัตน์ เพิกเดช, และ พิมพร ลีละวัฒนากุล. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ. วารสารสภาการพยาบาล, 37(4), 73-94.
6. เพ็ญศรี แสนสุข. (2562). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวมแนวพุทธในชุมชนอำเภอปากเกร็ดจังหวัดนนทบุรี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
7. อรอนงค์ เจ็กภู่. (2564). ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
8. วิลาวัณย์ กาไหล่ทอง. (2561). ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีความพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรงพยาบาบาลอุดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 10(1), 117- 128
9. ปัทมาพร ชนะมาร. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 7(14), 13-29

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for pregnant women with hypertension: Two case studies.

(Received: March 15,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 26,2026)

มะลิวัลย์ ถิตย์สุวรรณ[1]
Maliwan Thitsuwan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบมารดาตั้งครรภ์แรก 2 ราย ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงขณะตั้งครรภ์ (Severe Preeclampsia) และหลังคลอด ที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอด หอผู้ป่วยสูตินรีเวช และหอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัญหา ความต้องการ และการวางแผนการพยาบาลตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด จนถึงระยะวางแผนจำหน่าย รวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ การประเมินอาการ การตรวจร่างกาย และข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยและญาติ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแนวคิดการประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's 11 Functional Health Patterns) เพื่อวางแผนการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาที่ 1: มารดาตั้งครรภ์แรก วินิจฉัยมีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงร่วมกับภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน (Fetal hypoxia) จำเป็นต้องผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อควบคุมความดันโลหิตและป้องกันอาการชักด้วย Magnesium sulfate ร่วมกับการให้เลือดเพื่อแก้ไขภาวะซีด นอกจากนี้ยังตรวจพบภาวะไทรอยด์ทำงานเกิน (Hyperthyroidism) ร่วมด้วย ซึ่งได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาได้ดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง มารดาและทารกจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย กรณีศึกษาที่ 2: มารดาตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ วินิจฉัยมีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง ได้รับการดูแลตามมาตรฐานในการป้องกันอาการชักด้วย Magnesium sulfate การควบคุมความดันโลหิตด้วยยาลดความดันทางหลอดเลือดดำ และการยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ผลการรักษาพบว่ามารดาและทารกปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ในสภาพดี

คำสำคัญ: การพยาบาล, หญิงตั้งครรภ์, ความดันโลหิตสูงรุนแรงขณะตั้งครรภ์, แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ABSTRACT

A Comparative Case Study of Nursing Care for Full-Term Maternal Patients with Severe Preeclampsia: Pre-delivery to Postpartum Period. This comparative case study aimed to analyze and compare the nursing care provided to two primigravida (first-time mothers) diagnosed with Severe Preeclampsia and postpartum hypertension. Both patients were treated at Kalasin Hospital within the Labor Room, obstetric-gynecological wards, and the special obstetric unit. The scope of care encompassed the prenatal, intrapartum, and postpartum periods, including comprehensive discharge planning. Data were collected through clinical assessments, patient and relative interviews, and medical record reviews. Nursing diagnoses and care plans were established based on Gordon's 11 Functional Health Patterns. Clinical outcomes were evaluated to determine the effectiveness of the multidisciplinary care provided.

Results: Case Study 1: A primigravida diagnosed with Severe Preeclampsia complicated by fetal hypoxia, necessitating an emergency cesarean section. Intensive management included blood pressure control, seizure prophylaxis with Magnesium Sulfate, and blood transfusions to correct anemia. Co-existing Hyperthyroidism was identified and managed via a multidisciplinary approach. The patient responded well to treatment, and both mother and infant were safely discharged. Case Study 2: A primigravida at 34 weeks of gestation with Severe Preeclampsia. Management focused on standardized seizure prophylaxis and

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

intravenous antihypertensive therapy. Pregnancy was terminated via cesarean section upon clinical indication. Both mother and infant remained safe without severe complications and were discharged in good condition.

Keywords: Nursing care, Pregnant women, Hypertension in pregnancy, Severe Preeclampsia, Gordon's Functional Health Patterns.

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in Pregnancy) โดยเฉพาะชนิดรุนแรง (Severe Preeclampsia) ยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพของมารดาและทารกทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากข้อมูลยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสูติกรรม (2567) พบว่าอัตราส่วนการตายมารดายังคงสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดยสาเหตุหลักอันดับต้นๆ คือภาวะตกเลือดหลังคลอดและภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนวิกฤต เช่น อาการชัก (Eclampsia) รกลอกตัวก่อนกำหนด และอวัยวะสำคัญล้มเหลว ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์พบอุบัติการณ์ร้อยละ 5-10 และเป็นสาเหตุสำคัญการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ จากข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2561 พบว่าประเทศไทยมีมารดาเสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด 22 คนต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งการเสียชีวิตเกิดจากความดันโลหิตสูง บวมและมีโปรตีนในปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด 15 คน คิดเป็น ร้อยละ 29 ของการเสียชีวิตที่เกิดจากการตั้งครรภ์โดยตรง นอกจากการเสียชีวิตแล้ว หญิงตั้งครรภ์มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตับและไตวาย ทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตายคลอด การบาดเจ็บและเสียชีวิตแรกคลอด สาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์โดยเฉพาะภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) ยังไม่ทราบแน่ชัด อย่างไรก็ตาม อันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และแรกคลอดจะลดความรุนแรงลงได้ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา[1]

จากสถิติห้องคลอดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในระหว่างปี 2564 – 2566 มียอดคลอดรวมทั้งสิ้น 6,412 ราย พบว่า นี้จำนวน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 233 ราย ร้อยละ 3.63 เป็นมารดาที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง (severe feature) จำนวน 165 ราย ร้อยละ 2.57 เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษและชัก (Eclampsia) 7 ราย ร้อยละ 0.11 เกิดภาวะกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับตับ เลือด และความดันโลหิตในขณะตั้งครรภ์หรือหลังคลอด (HELLP syndrome) จำนวน 9 ราย ร้อยละ 0.14 และทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ทั้งหมด 136 ราย ร้อยละ 2.12 ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะรอคลอด เป็นภาวะที่เจอบ่อย และมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น ทั้งในมารดาและทารก พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความชำนาญประเมินปัจจัยเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว[2]

ผลกระทบของภาวะนี้มีความรุนแรงและครอบคลุมหลายมิติ ด้านมารดาอาจนำไปสู่ภาวะวิกฤตที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อนกำหนดด้วยการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการได้รับเลือดเกินความจำเป็น ส่วนทารกมักได้รับผลกระทบจากการเกิดก่อนกำหนด (Preterm) และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ซึ่งส่งผลให้ทารกต้องแยกจากมารดาเพื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ส่งผลต่อความวิตกกังวลและสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตร นอกจากนี้ ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาระยะยาวและความจำเป็นในการบริหารยา High Alert Drug เช่น Magnesium

Sulfate ยังเป็นประเด็นท้าทายสำคัญในการจัดการทางการพยาบาล[2]

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของพยาธิสภาพและแนวทางการพยาบาลที่จำเพาะเจาะจง ตั้งแต่ระยะก่อนคลอดจนถึงระยะจำหน่าย เพื่อสร้างแนวทางในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพ ลดอัตราการตายและทุพพลภาพของมารดาและทารกในเขตพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการแสดง และปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความ

ดันโลหิตสูงรุนแรง (Severe Preeclampsia) ในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ที่มีลักษณะความซับซ้อนของโรคแตกต่างกัน

1. เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง โดยใช้แนวคิดการประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's 11 Functional Health Patterns)

2. เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะชัก (Eclampsia) และภาวะทารกขาดออกซิเจน (Fetal Hypoxia)

3. เพื่อศึกษาการบริหารยาสำคัญ (High Alert Drugs) เช่น Magnesium Sulfate และยาลดความดันโลหิตชนิดฉีดและรับประทานอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

4. เพื่อพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดากลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อให้มารดาสามารถดูแลตนเองและบุตรได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในงานการพยาบาลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม จำนวน 2 รายเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนรุนแรงซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญ ตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย

3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล

7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ

ใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 มารดาครรภ์แรก (G1P0) อายุครรภ์ 37^{+3} สัปดาห์ มีประวัติฝากครรภ์สม่ำเสมอรวม 11 ครั้ง เข้ารับการรักษาฉุกเฉินในวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2569 ด้วยอาการสำคัญคือทารกดิ้นน้อยลงนาน 7 ชั่วโมง ร่วมกับมีอาการนำของภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ได้แก่ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว และจุกแน่นลิ้นปี่ ตรวจพบความดันโลหิตสูงระดับวิกฤตที่ 172/82 mmHg และมีอัตราการเต้นของหัวใจเร็วถึง 130 ครั้งต่อนาที เมื่อทดสอบสุขภาพทารกในครรภ์ (NST) พบภาวะทารกขาดออกซิเจน (Fetal Hypoxia) แพทย์จึงวินิจฉัยภาวะ Severe Preeclampsia และตัดสินใจผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน (Emergency Cesarean Section) ทันทีเพื่อรักษาชีวิตมารดาและทารก โดยมีการเตรียมความพร้อมด้วยการให้ยาปฏิชีวนะและสำรองเลือดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในระยะก่อนและระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการจัดการทางการพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูง โดยมีการบริหารยา Magnesium Sulfate เพื่อป้องกันอาการชัก และยา Nicardipine ทางหลอดเลือดดำเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 160/110 mmHg ทีมพยาบาลได้เฝ้าระวังภาวะพิษจากแมกนีเซียม (Magnesium Toxicity) อย่างเข้มงวด โดยการประเมินสัญญาณชีพ รีเฟล็กซ์เอ็นลึก (DTR) และปริมาณปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลตรวจระดับแมกนีเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสม หลังผ่าตัด แม้ความดันโลหิตจะลดลงในช่วงแรก แต่พบภาวะซีดจากการเสียเลือดโดยค่าความเข้มข้นของเลือดลดลงเหลือ 27–28% จึงได้รับเลือด (PRC) จำนวน 2 ยูนิต และเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบความผิดปกติของค่า Thyroid Function Test (T3, T4 สูง และ TSH ต่ำ) ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภาวะ Hyperthyroidism ร่วมด้วย จึงได้รับการดูแลร่วมกับอายุรแพทย์เพื่อวางแผนรักษาต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ 2 มารดาครรภ์แรก อายุครรภ์ 34^{+1} สัปดาห์ เข้ารับการตรวจตามนัดและถูกตรวจพบความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงที่ 161/113 mmHg ร่วมกับมีอาการนำที่สำคัญของภาวะครรภ์เป็นพิษ คือ ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว และจุกแน่นลิ้นปี่ แพทย์จึงรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยสูตินรีเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการวินิจฉัยภาวะ Severe Preeclampsia โดยพบค่าดัชนีโปรตีนในปัสสาวะต่อครีอะตินีน (UPCR) สูงถึง 1.569 ซึ่งแสดงถึงพยาธิสภาพของไตที่ถูกทำลายจากความดันโลหิตสูง ทีมการพยาบาลได้ดำเนินการบริหารยาสำคัญตามแผนการรักษา โดยเริ่มให้ยา Magnesium Sulfate ในขนาดนำ (Loading dose) และขนาดประคับประคอง (Maintenance dose) เพื่อป้องกันการชัก (Eclampsia) พร้อมทั้งเฝ้าระวังภาวะพิษจากแมกนีเซียมอย่างเข้มงวด โดยการประเมิน Deep Tendon Reflex (DTR) อัตราการหายใจ และปริมาณปัสสาวะที่ออกในแต่ละชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ร่วมกับการตรวจติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือดทุก 6 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังได้รับยา Nicardipine ทางหลอดเลือดดำเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้สูงเกิน 160/110 mmHg เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดในสมองแตก ในวันที่ 23 มกราคม 2569 เวลา 10.00 น. แม้จะได้รับยาเต็มที่แต่ความดันโลหิตยังคงอยู่ที่ 151/110 mmHg แพทย์จึงพิจารณายุติการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าตัดคลอด (Cesarean Section) ร่วมกับการผ่าตัดไส้ติ่ง ทารกเพศหญิงคลอดออกมาน้ำหนัก 2,133 กรัม มีคะแนน APGAR Score 8-9-10 และค่าน้ำตาลในเลือด 40 mg% ทารกได้รับการย้ายไปสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยทารกป่วย เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และเกิดก่อน

กำหนด หลังผ่าตัดมารดายังคงมีความดันโลหิตสูงเป็นระยะในช่วง 160/110–165/115 mmHg ทีมพยาบาลได้ดูแลให้ยา Adalat ชนิดรับประทานควบคู่กับการปรับลดอัตราการหยดยา Nicardipine ต่อเนื่องเพื่อคุมความดันให้ต่ำกว่า 150/105 mmHg จนกระทั่งวันที่ 25–27 มกราคม ระดับความดันโลหิตเริ่มคงที่และค่อยๆ ลดลงสู่ช่วง 135/95 mmHg มารดาไม่มีอาการปวดศีรษะหรือจุกแน่นลิ้นปี่ แผลผ่าตัดแห้งดี และน้ำนมเริ่มมาเพียงพอต่อการเลี้ยงบุตร มารดาสามารถลุกเดินช่วยเหลือตนเองได้ดี ในวันที่ 28 มกราคม 2569 มารดามีอาการทั่วไปดี สัญญาณชีพคงที่ แพทย์จึงอนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยเน้นการวางแผนจำหน่ายเรื่องการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะยาลดความดัน Amlodipine และยาบำรุง Triferdine พร้อมนัดตรวจติดตามผลหลังคลอดและการเปิดแผลตามนัด เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูงที่อาจกลับมาเกิดขึ้นได้อีกในระยะหลังคลอด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการประเมินตามแบบประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	มาฝากครรภ์สม่ำเสมอ 11 ครั้ง ทราบภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และยินยอมรับการรักษา ไม่มีประวัติโรคติดต่อสำคัญ (VDRL non-reactive, Anti-HIV non-reactive, HBsAg negative) มาพบแพทย์ทันทีเมื่อรู้สึกลูกดิ้นน้อยลง แสดงถึงความตระหนักในการดูแลสุขภาพ	มาฝากครรภ์ช้า (ANC 6 ครั้ง) ตรวจพบความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และยินยอมเข้ารับการรักษา ไม่มีประวัติโรคติดต่อสำคัญ (VDRL non-reactive, Anti-HIV non-reactive, HBsAg negative) ไม่มีอาการเตือนรุนแรงของครรภ์เป็นพิษ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่
2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ค่า Hct 27-30.0% มีภาวะซีด มีภาวะความดันโลหิตสูง 161/113 mmHg เฝ้าระวังภาวะบวมจากครรภ์เป็นพิษ	น้ำหนัก 60 กก. สูง 163 ซม. (BMI ประมาณ 22.6 กก./ม² อยู่ในเกณฑ์ปกติ) Hct 34% ค่อนข้างต่ำเล็กน้อย เสี่ยงต่อภาวะซีดเล็กน้อยในหญิงตั้งครรภ์ อุณหภูมิ 37°C ปกติ ความดันโลหิต 161/113 mmHg สูงผิดปกติ
3 การขับถ่าย	ไม่มีความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ ติดตามปริมาณปัสสาวะ เนื่องจากมีภาวะ Severe preeclampsia	ไม่มีความผิดปกติของการขับถ่าย ควรติดตามปริมาณปัสสาวะและโปรตีนในปัสสาวะ เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ก่อนนอนโรงพยาบาลสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ขณะ Admit แนะนำพักผ่อน บนเตียงเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง	ก่อน Admit สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ขณะนอนโรงพยาบาล แพทย์แนะนำให้นอนพัก ลดกิจกรรม เพื่อลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน
5 การพักผ่อนนอนหลับ	ไม่มีข้อมูลการนอนผิดปกติ อาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการลูกดิ้นน้อยลง ส่งผลต่อการพักผ่อน	ไม่มีปัญหาการนอนหลับ มีความวิตกกังวลจากการนอนโรงพยาบาล ส่งผลต่อคุณภาพการพักผ่อน
6 สติปัญญาและการรับรู้	รู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง มีอาการลูกดิ้นน้อยลงก่อนมาโรงพยาบาล 7 ชั่วโมง เฝ้าระวังอาการเตือนของ Severe preeclampsia เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่	รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือแน่นหน้าอก ลูกดิ้นมากกว่า 10 ครั้ง/วัน แสดงถึงสัญญาณทารกปกติในปัจจุบัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการประเมินตามแบบประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	เป็นครรภ์แรกอาจมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทารก ให้ความร่วมมือในการรักษา	อายุ 18 ปี เป็นครรภ์แรกอาจมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพตนเองและทารก ให้ความร่วมมือในการรักษา
8 บทบาทและสัมพันธภาพ	สถานภาพสมรส คู่ มีครอบครัวสนับสนุน บทบาทเป็นภรรยาและมารดาที่กำลังจะคลอดบุตรคนแรก	สถานภาพสมรส คู่ อาชีพแม่บ้าน มีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนหลัก
9 เพศและการเจริญพันธุ์	G1P0 อายุครรภ์ 37^{+3} สัปดาห์ LMP 20 พฤษภาคม 2568 EDD 15 กุมภาพันธ์ 2569 ฝากครรภ์ครบถ้วน 11 ครั้ง ไม่พบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากผลตรวจคัดกรอง	G1P0 อายุครรภ์ 34^{+1} สัปดาห์ LMP 28 พฤษภาคม 2568 EDD 4 มีนาคม 2569 ฝากครรภ์ช้า 6 ครั้ง ไม่พบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากผลคัดกรอง
10 การปรับตัว และการทนทานต่อความเครียด	มีความกังวลเกี่ยวกับอาการลูกดิ้นน้อยลง มารับการรักษาทันทีเมื่อมีความผิดปกติ ต้องเฝ้าระวังภาวะเครียดจากการนอนโรงพยาบาล	อาจมีความเครียดจากการตรวจพบความดันโลหิตสูง ไม่มีอาการแสดงของภาวะเครียดรุนแรง
11 คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธใช้หลักศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาตามคำแนะนำแพทย์	นับถือศาสนาพุทธ ใช้หลักศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ยอมรับการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและการผ่าตัดคลอด พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	. ประเมินระดับความวิตกกังวล สังเกตพฤติกรรม เช่น การถามซ้ำ การนอนไม่หลับ หรือสีหน้า เพื่อวางแผนการพยาบาลได้ตรงจุด 2. ให้ข้อมูลที่ชัดเจนและสั้นกระชับ อธิบายเหตุผลที่ต้องผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน (เพื่อความปลอดภัยของแม่และลูก) และอธิบายการใช้ยา $MgSO_4$ ช่วยป้องกันอาการชัก 3. การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด แนะนำขั้นตอนการเตรียมผิวหนัง การงดน้ำ/อาหาร และการให้ยาปฏิชีวนะ (Cefazolin) เพื่อลดความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ 4. การดูแลด้านจิตใจในระยะวิกฤต อยู่เป็นเพื่อน (Presence) รับฟังความกังวล และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย 5. การส่งเสริมสายใยรัก (Bonding) กรณีศึกษาที่ 1เมื่ออาการคงที่ สนับสนุนให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่วน กรณีศึกษาที่ 2 ประสานงานให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของบุตรที่ตึกทารกป่วย และสนับสนุนให้ไปเยี่ยมบุตรเมื่อมารดาเริ่มลุกเดินได้ เพื่อลดความกังวลเรื่องสุขภาพบุตร 6. การสอนทักษะการเผชิญความเครียด สอนการหายใจลึกๆ (Deep breathing exercise) เพื่อช่วยให้ผ่อนคลายและลดความเจ็บปวด
2. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. ประเมินมดลูกและน้ำคาวปลา ตรวจคลึงหน้าท้องเพื่อประเมินการหดรัดตัวของมดลูก (Uterine contraction) และประเมินน้ำคาวปลาทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2 และทุก 1-4 ชั่วโมงตามอาการ ถ้ามดลูกนุ่ม ให้ช่วยคลึงมดลูกทันที 2. การบริหารยาช่วยหดรัดตัวของมดลูก ดูแลให้สารน้ำที่มีส่วนผสมของ Syntocinon (Oxytocin) ตามแผนการรักษา (ในกรณีศึกษาทั้งสองได้รับอัตรา 60 ml/hr.) เพื่อช่วยกระตุ้นมดลูกให้แข็งตัวสวนทางกับฤทธิ์คลายกล้ามเนื้อของ $MgSO_4$ 3. การดูแลกระเพาะปัสสาวะ ดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวกผ่านสายสวนปัสสาวะ (Foley's catheter) เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะที่เต็มจะขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก 4. การเฝ้าสังเกตสัญญาณชีพ ติดตาม BP และ HR อย่างใกล้ชิด หากพบว่า BP เริ่มต่ำลงและ HR เร็วขึ้น (Tachycardia) อาจเป็นสัญญาณของ Shock จากการเสียเลือดภายใน

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีการตกเลือด หากพบมดลูกนุ่มหรือน้ำคาวปลาออกมาก ให้คลึงมดลูกให้แข็งตัว (Uterine massage) รายงานแพทย์ และดูแลให้เลือด (PRC) ตามแผนการรักษา ให้ PRC 2 ยูนิต เพื่อรักษาภาวะซีด 6. การกระตุ้นสายใยรักและน้ำนม สนับสนุนให้ทารกดูดนมแม่โดยเร็ว เพราะการดูดนมจะกระตุ้นการหลั่ง Oxytocin ธรรมชาติ ช่วยให้มดลูกหดรัดตัวได้ดีขึ้น
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในระยะหลังคลอด พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. การควบคุมสิ่งแวดล้อม โดยจัดให้นอนพักบนเตียง (Bed rest) ในห้องที่สงบ ลดแสงสว่าง และลดเสียงรบกวน เพื่อป้องกันการกระตุ้นระบบประสาทที่อาจนำไปสู่การชัก 2. การบริหารยา $MgSO_4$ อย่างระมัดระวัง ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา (Loading & Maintenance dose) โดยใช้เครื่องควบคุมหยดสารน้ำ (Infusion pump) เฝ้าระวังอาการพิษจากแมกนีเซียม (Magnesium toxicity) ทุก 1-4 ชั่วโมง โดยตรวจ DTR นับการหายใจ และประเมินความรู้สึกตัว 3. การควบคุมความดันโลหิต โดยบริหารยา Nicardipine IV drip และปรับขนาด ตามความดันโลหิตที่วัดได้จริง เพื่อให้ BP อยู่ในเป้าหมายแต่ไม่ลดเร็วเกินจนทารกขาดเลือด ในกรณีศึกษาที่ 2 เมื่อเปลี่ยนเป็นยากิน (Adalat, Amlodipine) ต้องติดตาม BP อย่างใกล้ชิดหลังให้ยาภายใน 30-60 นาที 4. การประเมินอาการนำ (Premonitory Signs) ซักถามและสังเกตอาการปวดศีรษะ (Frontal/Occipital) การมองเห็น (Blurred vision/Diplopia) และอาการปวดใต้ชายโครงขวา (Epigastric pain) ทุก 1-2 ชั่วโมง 5. การติดตามการทำงานของไต บันทึกปริมาณปัสสาวะ (Urinary output) ทุกชั่วโมง หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 25-30 cc/ชม. ต้องรายงานแพทย์ทันที เนื่องจากแมกนีเซียมขับออกทางไต หากไตทำงานลดลงจะเสี่ยงต่อการเกิดพิษจากยา 6. เตรียมความพร้อมกรณีฉุกเฉิน เตรียมรถอุปกรณ์ช่วยชีวิต (Emergency kit) และยาแก้พิษแมกนีเซียม (10% Calcium Gluconate)
4. มีโอกาสเกิด Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา $MgSO_4$ ($MgSO_4$ toxicity) พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. บริหารยาอย่างแม่นยำโดยตรวจสอบความเข้มข้นและอัตราการหยดของ $MgSO_4$ ให้ถูกต้องตามแผนการรักษา โดยใช้เครื่องควบคุมหยดสารน้ำ (Infusion Pump) และติดป้ายเตือน “High Alert Drug” 2. ติดตามอาการพิษ (Safety Monitoring): ประเมินสัญญาณสำคัญทุก 1 ชม. ในช่วงแรก และทุก 2-4 ชม. เมื่ออาการคงที่ ตามลำดับดังนี้ 2.1 DTR (Patellar Reflex): หากเคาะแล้วเข่าไม่กระตุก (Loss of DTR) เป็นสัญญาณแรกของพิษ 2.2 Respiratory Rate: หาก RR < 12 ครั้ง/นาที ให้หยุดยาทันที 2.3 Urine Output: เนื่องจาก $MgSO_4$ ขับออกทางไต 100% หากปัสสาวะออกน้อย ยาจะคั่งในกระแสเลือดจนเป็นพิษ 3. ติดตามผล Magnesium level ทุก 4-6 ชม. และรายงานแพทย์ หากค่า Magnesium level > 8.4 mg/dL หรือผู้ป่วยเริ่มมีอาการซึม 4. การเตรียมยาแก้พิษ (Antidote) เตรียมยา 10% Calcium Gluconate 10 ml ไว้เสมอ หากพบอาการพิษ ให้หยุด $MgSO_4$ รายงานแพทย์และฉีด Calcium Gluconate เข้าหลอดเลือดดำช้าๆ (นานกว่า 3-5 นาที) 5. การประเมินความรู้สึกตัว สังเกตอาการซึม ง่วงงุน หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งเป็นอาการแสดงของระดับยาที่สูงเกินไป
5. มารดาไม่สุขสบายจากการปวดผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. ประเมินระดับความเจ็บปวด ประเมิน Pain score ตามมาตรฐาน (0-10) รวมถึงตำแหน่งและลักษณะของความปวดอย่างสม่ำเสมอทุก 4 ชั่วโมง หรือเมื่อผู้ป่วยร้องขอ 2. การดูแลด้านยาแก้ปวด (Pharmacological Management) ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เช่น Dynastat (ในรายที่ปวดรุนแรง) หรือยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs เช่น Ibuprofen และ Paracetamol ติดตามผลข้างเคียงของยา เช่น อาการระคายเคืองกระเพาะอาหาร หรือการทำงานของไต 3. การจัดท่านอนและการเคลื่อนไหว จัดให้นอนท่าศีรษะสูงเล็กน้อย (Semi-Fowler's position) เพื่อลดความตึงผิวของแผลหน้าท้อง และสอนวิธีการใช้มือหรือหมอนประคองแผล (Splinting) เวลาไอ จาม หรือขยับตัว

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ (Non-pharmacological Management) แนะนำการฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ (Deep breathing) การฟังเพลง หรือการพูดคุยกับบุตร เพื่อลดการจดจ่ออยู่กับความเจ็บปวด 5. ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย (Early Ambulation) เมื่อพ้นระยะวิกฤต (ความดันคงที่และหยุด $MgSO_4$) กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งและลุกเดินเบาๆ เพื่อลดอาการท้องอืดและช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น 6. ดูแลความสะอาดของแผล ตรวจสอบความเรียบร้อยของแผลผ่าตัด (ลักษณะแผลซึม แดง หรือแยก) เพื่อป้องกันการติดเชื้อซึ่งจะทำให้ปวดมากขึ้น
6. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในระยะหลังผ่าตัดคลอด เนื่องจากมีแผลบริเวณหน้าท้องและในโพรงมดลูก พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. ล้างมือและเทคนิคปราศจากเชื้อ (Aseptic Technique) ยึดหลักการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง และใช้เทคนิคปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัดเมื่อต้องสัมผัสแผลหรือสายสวนต่างๆ 2. การดูแลแผลผ่าตัด สังเกตลักษณะแผลผ่าตัดว่ามีเลือดซึมหรืออาการบวมแดงหรือไม่ (สังเกตแผลผ่านผ้าปิดแผล) ไม่ให้แผลถูกน้ำ นัดเปิดแผลตัดไหม 7 วัน 3. การดูแลน้ำคาวปลาและการรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ แนะนำการเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3-4 ชั่วโมง หรือเมื่อชุ่ม เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค สอนการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสะอาดจากหน้าไปหลัง และซับให้แห้ง 4. การบริหารยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา เช่น Cefazolin 2 g IV ก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และยาปฏิชีวนะชนิดกินหลังกลับบ้าน โดยเน้นย้ำให้รับประทานจนครบ 5. การดูแลสายสวนปัสสาวะ ดูแลให้ระบบปัสสาวะเป็นระบบปิด (Closed drainage system) ไม่ให้สายหักพับงัน และถอดสายสวนออกโดยเร็วที่สุดเมื่อหมดความจำเป็น (Early removal) เพื่อลดความเสี่ยง UTI 6. โภชนาการส่งเสริมการหายของแผล แนะนำรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงและวิตามินซี เพื่อช่วยในการซ่อมแซมเนื้อเยื่อและการหายของแผล
7. มารดาอาจได้รับสารและอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. ดูแลสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%DN/2 ตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อทดแทนพลังงานและน้ำในช่วงที่ยังงดอาหาร 2. เริ่มให้อาหารตามลำดับ (Step Diet) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและลำไส้เริ่มทำงาน (มีเสียง Bowel sound หรือมีการผายลม) ให้เริ่มจาก จิบน้ำ (Sipping water) หากไม่มีอาการคลื่นไส้ ให้ปรับเป็น อาหารเหลว (Liquid diet) และอาหารอ่อน (Soft diet) ตามลำดับ 3. การจัดการภาวะซีด (กรณีศึกษาที่ 1) ดูแลให้เลือด (PRC) ตามแผนการรักษา และติดตามผล Hct หลังให้เลือด เพื่อเพิ่มระดับความสามารถในการขนส่งออกซิเจนและสารอาหารไปยังเนื้อเยื่อ 4. เมื่อมารดารับประทานอาหารปกติได้ แนะนำให้เน้นอาหาร โปรตีนสูง เพื่อซ่อมแซมแผล และแคลเซียม/ธาตุเหล็ก เพื่อบำรุงน้ำนมและชดเชยการเสียเลือด 5. การบันทึก Intake/Output บันทึกปริมาณน้ำดื่ม น้ำเกลือ และปัสสาวะอย่างละเอียดทุก 8-24 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำหรือบวมน้ำ 6. โภชนาการเฉพาะโรค (กรณีศึกษาที่ 1) แนะนำอาหารที่มีพลังงานเพียงพอเนื่องจากภาวะ Hyperthyroid ทำให้ร่างกายใช้พลังงานมาก แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไอโอดีนสูงเกินไปตามคำแนะนำของอายุรแพทย์
8. มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร เนื่องจากทารกแรกเกิดค่าน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 40 mg% พบในกรณีศึกษาที่ 2	1. ให้ข้อมูลตามความเป็นจริงอย่างอ่อนโยน อธิบายว่าค่า 40 mg% เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกที่แม่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งทีมแพทย์กำลังให้การช่วยเหลือโดยการให้นมหรือสารน้ำที่มีน้ำตาล และติดตามผลอย่างใกล้ชิด 2. อธิบายแผนการรักษาของทารก บอกมารดาว่าหากระดับน้ำตาลคงที่และทารกดูดนมได้ดี (Active ดี) ทารกจะได้กลับมาอยู่กับมารดาโดยเร็ว เพื่อให้มารดามีเป้าหมายและมีความหวัง 3. ส่งเสริมการติดต่อสื่อสาร (Communication) ประสานงานกับตึกทารกป่วยเพื่อนำภาพถ่ายทารกมาให้มารดาดู หรือรายงานอาการล่าสุดให้มารดาทราบเป็นระยะ แนะนำเบอร์โทรศัพท์หรือช่องทางติดต่อตึกทารกป่วยเพื่อให้มารดาสามารถสอบถามอาการได้ด้วยตนเอง

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. สนับสนุนการทำหน้าที่มารดา (Role Facilitation) สอนและกระตุ้นให้มารดาบีบน้ำนม (Colostrum) ใส่ภาชนะสะอาดเพื่อส่งไปให้ทารกที่ตึกป่วย อธิบายว่าน้ำนมแม่คือน้ำตาลธรรมชาติที่ดีที่สุดที่จะช่วยรักษาลูกได้ 5. กระตุ้นการไปเยี่ยมบุตร (Early Visitation) เมื่อสัญญาณชีพของมารดาคงที่และเริ่มลุกเดินได้ (Ambulation) ให้ส่งเสริมและช่วยเหลือมารดาให้ได้ไปเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยทารกป่วยทันที 6. ประเมินสภาพจิตใจ สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ร้องไห้บ่อย ไม่ยอมกินข้าว หรือไม่พูดคุย เพื่อให้การประเมินทางจิตสังคมเพิ่มเติม
9. ทารกมีโอกาสเกิดภาวะ birth asphyxia เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะทั้งครรภ์และได้รับยา $MgSO_4$ พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. เตรียมความพร้อมก่อนคลอด โดยเตรียมอุปกรณ์กู้ชีพทารกให้พร้อมใช้งาน ดังนี้ Warmer Suction Oxygen Ambu bag และเปิด Warmer เพื่อให้ความอบอุ่นทารกทันทีประสานทีมกู้ชีพทารกประกอบด้วย กุมารแพทย์ พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ให้รอรับทารกในห้องผ่าตัดเนื่องจากเป็นเคส High risk 2. การติดตามอาการทารกในครรภ์ (Fetal Monitoring) โดยทำ EFM (Electronic Fetal Monitoring) อย่างต่อเนื่องหากพบ Variablity ลดลง หรือมี Late deceleration ต้องรีบรายงานแพทย์ 3. การดูแลทันทีหลังเกิด (Immediate Post-natal Care) โดยเช็ดตัวทารกให้แห้ง กระตุ้นการหายใจและรักษาความอบอุ่นเพื่อป้องกันภาวะ Hypothermia ซึ่งจะทำให้ภาวะขาดออกซิเจนแย่ลง Suctioning ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง (Clear airway) โดยเฉพาะหากมีขี้เทาปนในน้ำคร่ำ 4. ประเมิน Apgar Score ประเมินความผิดปกติของหัวใจ การหายใจ และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle tone) เพื่อประเมินว่าได้รับผลกระทบจากยา $MgSO_4$ หรือไม่ 5. การเฝ้าระวัง Magnesium Effect หากทารกตัวอ่อนแรง (Floppy baby) หรือหายใจไม่ดี ให้สงสัยภาวะ Hypermagnesemia จากแม่ส่งผ่านรกมาสู่ลูก เตรียมประสานการเจาะเลือดตรวจ Magnesium level ในทารกหากจำเป็น 6.การดูแลด้านทางเดินหายใจ หากทารกหายใจลำบาก (Retraction, Grunting) ให้ดูแลให้ Oxygen ตามความเหมาะสมและส่งต่อหอผู้ป่วยวิกฤตทารก (NICU) ทันที
10. ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hyperthermia และภาวะ hypothermia เนื่องจากทารกแรกคลอดศูนย์ควบคุมอุณหภูมิร่างกายยังทำงานไม่สมบูรณ์ พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. การเตรียมรับแรกเกิด (Immediate care) เปิดเครื่องให้ความอบอุ่น (Radiant warmer) ไว้ล่วงหน้าก่อนทารกคลอด รีบเช็ดตัวทารกให้แห้งทันทีด้วยผ้าอุ่น (Warm wrap) เพื่อลดการสูญเสียความร้อนโดยการระเหย (Evaporation) เปลี่ยนผ้าเปียกออกและใช้ผ้าแห้งห่อตัวทารก 2. ป้องกันการสูญเสียความร้อนในห้องผ่าตัด หลีกเลี่ยงการวางทารกบนพื้นผิวที่เย็น หรือสัมผัสลมเย็นโดยตรงจากเครื่องปรับอากาศ สวมหมวกให้ทารกเพื่อลดการสูญเสียความร้อนทางศีรษะ 3. ดูแลให้ทารกอยู่ในตู้อบ (Incubator) หรือเตียงให้ความอบอุ่น (Radiant warmer) โดยปรับอุณหภูมิให้เหมาะสมกับอายุครรภ์และน้ำหนักตัว ประเมินอุณหภูมิกายทารกทุก 1-4 ชั่วโมง (ในระยะแรก) เพื่อป้องกันทั้งภาวะตัวเย็น (Hypothermia) และภาวะตัวร้อนเกิน (Hyperthermia) จากการตั้งค่าเครื่องอุ่นสูงเกินไป 4. เฝ้าระวังความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาล ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ตามแผนการรักษา เพราะหากทารกตัวเย็นจะมีการใช้กลูโคสมากขึ้นเพื่อสร้างความร้อน ส่งผลให้ภาวะ Hypoglycemia รุนแรงขึ้น 5. งดการอาบน้ำทารกจนกว่าอุณหภูมิกายจะคงที่อย่างน้อย 6-12 ชั่วโมง
11. ทารกเกิดภาวะ hypoglycemia เนื่องจากทารกแรกคลอดน้ำตาลในเลือดต่ำ พบในกรณีศึกษาที่ 2	1. ให้ทารกเริ่มกินนมแม่หรือนมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดทันทีภายใน 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมงหลังเกิด (ตามแผนการรักษา) เพื่อเพิ่มระดับกลูโคสในเลือดหากทารกดูดกลืนไม่ดี อาจต้องให้ผ่านสายให้อาหาร (Orogastric tube) หรือพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV Glucose) ตามคำสั่งแพทย์ 2. ติดตามระดับน้ำตาล (Blood Glucose Monitoring) ตรวจ DTX ซ้ำภายใน 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมงหลังกินนมครั้งแรก และติดตามทุก 2-4 ชั่วโมงก่อนมื้อนม จนกว่าระดับน้ำตาลจะคงที่ ≥80 mg%ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง 3. ให้ความอบอุ่นทารกโดยควบคุมอุณหภูมิกาย รักษาอุณหภูมิกายทารกให้อบอุ่นเสมอ (Neutral Thermal Environment) เนื่องจากภาวะตัวเย็นจะทำให้ทารกเผาผลาญน้ำตาลในเลือดมาใช้สร้างความร้อนมากขึ้น

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. สังเกตอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด (Close Observation) ประเมินอาการตัวสั่น (Jitteriness) ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนแรกของน้ำตาลต่ำ รวมถึงประเมินการหายใจและจังหวะหัวใจ 5. ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กระตุ้นให้มารดาบีบน้ำนมเหลือง (Colostrum) ส่งมาให้ทารก เนื่องจากน้ำนมแม่มีสารอาหารที่ช่วยรักษาระดับน้ำตาลได้ดีและถูกดูดซึมง่าย 6. ลดการใช้พลังงานของทารก จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ รบกวนทารกเท่าที่จำเป็น เพื่อลดการใช้พลังงาน (Glucose consumption)
12. มารดาพร่องความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. อธิบายถึง “น้ำนมเหลือง” (Colostrum) ที่มีภูมิต้านทานสูงและจำเป็นต่อทารกมาก โดยเฉพาะทารกที่คลอดก่อนกำหนดหรือป่วย 2. สอนทักษะการจัดท่าและการอมหัวนม:สอนการจัดท่า (Positioning) และการช่วยให้ทารกอมหัวนมลึกถึงลานนม (Latching) เพื่อป้องกันหัวนมแตกและช่วยให้ดูดนมได้มีประสิทธิภาพ 3. สอนเทคนิคการบีบน้ำนมด้วยมือ (Manual expression) และการใช้เครื่องปั๊มนมสำหรับมารดาที่ต้องแยกจากทารก เพื่อรักษาระดับการผลิตน้ำนม 4. สอนมารดาเรื่องการประคบอุ่นและนวดเต้านมก่อนให้นม หรือประคบเย็นหลังให้นมเพื่อลดอาการคัดตึง 5. ตรวจสอบยาที่มารดาได้รับร่วมกับแพทย์/เภสัชกร และสื่อสารให้มารดาทราบว่ายาที่ใช้ส่วนใหญ่ เช่น Amlodipine Hydralazine มีความปลอดภัยในการให้นมบุตร เพื่อลดความกังวล 6. แนะนำการดื่มน้ำอุ่นให้เพียงพอ การพักผ่อน และรับประทานอาหารที่ช่วยกระตุ้นน้ำนม เช่น ขิง หัวปลี
13. มารดาพร่องความรู้ในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. ให้ความรู้เรื่องพยาธิสภาพของโรคอย่างง่าย อธิบายว่าความดันโลหิตที่สูงส่งผลต่อหลอดเลือดทั่วร่างกาย รวมถึงสมองและไต แม้คลอดแล้วร่างกายยังต้องใช้เวลาปรับตัว 6-12 สัปดาห์ ดังนั้นจึงต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 2. สอนการสังเกตอาการอันตราย (Warning Signs) เน้นย้ำอาการที่ต้องกลับมาโรงพยาบาลทันที ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง ปวดตื้อๆ บริเวณท้ายทอยหรือหน้าผาก ตาพร่ามัว เห็นแสงระยิบระยับ หรือเห็นภาพซ้อน จุกแน่นลิ้นปี่ หรือปวดชายโครงขวา มีอาการบวมที่มือ เท้า หรือหน้าอย่างรวดเร็ว 3. เน้นย้ำเรื่องการรับประทานยา (Medication Adherence): อธิบายว่ายาลดความดันที่ได้รับกลับบ้าน เช่น Amlodipine Hydralazine ต้องทานให้ครบตามสั่ง ห้ามปรับลดหรือหยุดยาเองแม้จะไม่มีอาการ เพราะอาจเกิดภาวะความดันพุ่งสูงฉับพลัน (Rebound Hypertension) จนชักได้ 4. คำแนะนำด้านไลฟ์สไตล์ (Lifestyle Modification) อาหาร แนะนำอาหารรสจืด หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น เกลือ น้ำปลา ผงชูรส อาหารหมักดอง เป็นต้น เพื่อลดการคั่งของน้ำในร่างกาย การพักผ่อน แนะนำให้พักผ่อนให้เพียงพอ นอนหลับอย่างน้อย 8-10 ชั่วโมงต่อวัน เพราะความเครียดและการอดนอนส่งผลโดยตรงต่อระดับความดัน 5. การติดตามผล (Follow-up) สอนการจดบันทึกความดันโลหิต (Home BP monitoring) และกำชับการมาตามนัดเพื่อประเมินการปรับลดยาจากแพทย์
14. ขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอดและการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พบในกรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดและความสะอาดร่างกาย แนะนำการรักษาแผลให้แห้ง ห้ามแกะเกา จนกว่าจะเปิดแผลตามนัด หากแผลซึมหรือบวมแดงให้มาพบแพทย์ทันที 2. สอนการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูก 3. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด อธิบายความสำคัญของยาลดความดันและยาไทรอยด์ (กรณีศึกษาที่ 1) ว่าต้องทานตรงเวลาเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตซ้ำซ้อน 4. สอนการจดบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP Monitoring) 5. สอนการดูแลทารกเบื้องต้น การดูแลสะดือ เช็ดสะดือด้วยแอลกอฮอล์ 70% ทุกครั้งหลังอาบน้ำ เช็ดจากโคนไปหาปลายจนสะอาด การสังเกตตัวเหลือง สอนวิธีใช้นิ้วกดที่ผิวหนังลูกเพื่อดูสีผิว (Blanching test) หากเหลืองถึงระดับสะดือหรือฝ่ามือให้รีบมาพบแพทย์การป้องกันภาวะตัวเย็น (เน้นกรณีศึกษาที่ 2) สอนการห่อตัวทารกและการรักษาความอบอุ่นแนะนำอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาโรงพยาบาลทันที หากมารดามีอาการ ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่า จุกแน่นลิ้นปี่ (อาการ Pre-eclampsia กำเริบ) ไข้สูง

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	น้ำคาวปลาเหม็น ส่วนลูก ซึม ไม่ดูดนม ตัวร้อนหรือตัวเย็นจัด ตัวเหลืองมาก สะดือมีกลิ่นเหม็นหรือมีหนอง 6. แนะนำวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับมารดาที่มีความดันโลหิตสูง เช่น ยาฉีดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว หรือถุงยางอนามัย เพื่อเว้นระยะการมีบุตรให้ร่างกายได้ฟื้นฟู 7. เน้นย้ำเรื่องวันนัดตรวจติดตาม นัดเปิดแผลและตรวจหลังคลอด ให้ความสำคัญกับการมาตามนัดเพื่อประเมินระดับความดันและระดับฮอร์โมนไทรอยด์

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 และ 2 ซึ่งมีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงขณะตั้งครรภ์ (Severe Preeclampsia) เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบประเด็นสำคัญที่น่าสนใจในการวิเคราะห์และอภิปรายผลดังนี้

ประเด็นด้านลักษณะทางคลินิกและพยาธิสภาพ มารดาทั้งสองรายมีลักษณะร่วมที่สำคัญคือเป็นมารดาครรภ์แรก (Primigravida) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของภาวะครรภ์เป็นพิษตามทฤษฎี อย่างไรก็ตามมีความแตกต่างในรายละเอียดของภาวะแทรกซ้อน โดยใน กรณีศึกษาที่ 1 พบความซับซ้อนของโรคมากกว่า เนื่องจากมีภาวะไทรอยด์ทำงานเกิน (Hyperthyroidism) ร่วมด้วย ซึ่งส่งผลให้การควบคุมระดับความดันโลหิตทำได้ยากกว่าปกติ เห็นได้จากการที่มีความดันโลหิตพุ่งสูงขึ้นซ้ำหลังคลอดและชีพจรเต้นเร็ว (Tachycardia) แตกต่างจาก กรณีศึกษาที่ 2 ที่เป็นภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงในทารกเกิดก่อนกำหนด (34^{+1} สัปดาห์) ซึ่งมีพยาธิสภาพเด่นชัดที่ระบบไต สะท้อนจากค่า UPCR ที่สูงถึง 1.569

ประเด็นด้านการจัดการทางการพยาบาลและภาวะแทรกซ้อน ในระยะวิกฤต มารดาทั้งสองรายได้รับการจัดการตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างเข้มงวด คือการได้รับยา Magnesium Sulfate ($MgSO_4$) เพื่อป้องกันอาการชัก และยา Nicardipine เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งพยาบาลต้องใช้ทักษะในการเฝ้าระวังภาวะ Magnesium Toxicity อย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในกรณีศึกษาที่ 1 ที่พบภาวะซีด (Anemia) ร่วมด้วย จนต้องได้รับเลือด (PRC) ถึง 2 ยูนิต การประเมินความสมดุลของสารน้ำและสัญญาณชีพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวหรือน้ำท่วมปอดในมารดาที่มีความเสี่ยงซ้อนทับ

ประเด็นด้านผลกระทบต่อทารกและการส่งเสริมสุขภาพ ภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงส่งผลกระทบโดยตรงต่อทารกในครรภ์ โดยในกรณีศึกษาที่ 1 พบภาวะทารกขาดออกซิเจน (Fetal Hypoxia) จนต้องผ่าตัดฉุกเฉิน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ส่งผลให้ทารกคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (40 mg%) การดูแลทางการพยาบาลจึงไม่ได้จำกัดเพียงแค่ตัวมารดา แต่ต้องครอบคลุมถึงการกู้ชีพทารกและการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในภาวะวิกฤต แม้จะมีการแยกตึกระหว่างมารดาและบุตร แต่พยาบาลสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาได้ด้วยการสนับสนุนการบีบเก็บน้ำนมและการให้ข้อมูลอาการทารกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลทางอ้อมให้ระดับความดันโลหิตของมารดาคงที่ได้เร็วขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การเฝ้าระวังอาการนำ (Warning Signs) เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นลิ้นปี่ เป็นหัวใจสำคัญในการวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็ว การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องใช้ทักษะการบริหารยาที่แม่นยำ (High Alert Drugs) การประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบตามแผนสุขภาพของกอร์ดอน และการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยจาก

ภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิต และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างมีคุณภาพ[3]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ทางการพยาบาล การเฝ้าระวังอาการนำอย่างเป็นระบบ พยาบาลควรใช้แบบประเมินดัชนีชี้วัดสัญญาณอันตราย (Early Warning Scores: EWS) อย่างเคร่งครัดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นลิ้นปี่ เพื่อให้สามารถรายงานแพทย์และรักษาได้ทันท่วงทีก่อนเกิดอาการชัก การดูแลแบบองค์รวมในภาวะแทรกซ้อนร่วม จากกรณีศึกษาที่ 1 ที่มีภาวะไทรอยด์ร่วมด้วย พยาบาลควรมีทักษะในการแยกแยะอาการซ้อนทับ (Overlapping symptoms) เช่น อาการใจสั่นและชีพจรเร็ว เพื่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะด้านเชิงนโยบายและการบริหารจัดการ การจัดทำช่องทางด่วน (Fast Track) โรงพยาบาลควรพัฒนาระบบช่องทางด่วนสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Severe Preeclampsia ตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) หรือห้องฉุกเฉิน (ER) เพื่อให้ได้รับการตรวจ UPCR และการดูแลเบื้องต้นอย่างรวดเร็วลดระยะเวลาการรอคอย การพัฒนาทักษะเฉพาะทางควรมีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องการกู้ชีพทารกแรกเกิด (Neonatal Resuscitation) และการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยสูติกรรมอย่างสม่ำเสมอ

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาและวิจัยครั้งต่อไป การศึกษาเชิงคุณภาพด้านจิตสังคม ควรมีการศึกษาถึงผลกระทบทางจิตใจและความเครียดของมารดาที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เพื่อพัฒนารูปแบบการประคับประคองจิตใจที่เหมาะสม การติดตามผลระยะยาว (Long-term Follow-up) ควรมีการศึกษาติดตามระดับความดันโลหิตและอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังในมารดากลุ่มนี้ในช่วง 1-5 ปีหลังคลอด เพื่อสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *รายงานสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2567*. นนทบุรี: กรมอนามัย.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2568). *รายงานประจำปีและสถิติสุขภาพมารดาและทารก จังหวัดกาฬสินธุ์*. กาฬสินธุ์: กลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข.
3. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติกรรม. (2566). *คู่มือแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (Revised Edition)*. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

ผลของโปรแกรมการควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (บ้านนาโพธิ์) เทศบาลเมืองหนองคาย

The Effect of a Sodium Control Program Using a Salt Meter to Delay Kidney Function Decline in Patients with Diabetes and Hypertension at Public Health Center 2 (Ban Na Pho),Nong Khai Municipality.

(Received: March 15,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 26,2026)

กัลยาณี ปุณขันธุ์[1]
Kalyanee Poonakun[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (บ้านนาโพธิ์) เทศบาลเมืองหนองคาย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quai-experimental research) แบบกลุ่มเดี่ยว (One group pretest–posttest design) โดยการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมและผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ในกลุ่มอายุ 40–80 ปี มีระยะของโรคไตเรื้อรัง (CKD stage) ระยะ 2-3 จำนวน 23 คน ช่วงเดือนเมษายน–เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 การคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem Self-care Theory) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI = .82 แบบประเมินความรู้มีค่าความเชื่อมั่นได้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = .70 แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวชะลอไตเสื่อม วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลรักษาไตและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) และผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการกรองของไต (eGFR) ค่าการทำงานของไต (Cr) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) แต่ระยะของโรคไตเรื้อรัง (CKD Stage) ไม่มีความแตกต่างกันจาก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$)

คำสำคัญ โปรแกรมการควบคุมโซเดียม ภาวะไตเสื่อม เครื่องวัดความเค็ม โรคไตเรื้อรัง

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of a sodium control program using a salt meter to delay the progression of kidney failure in patients with diabetes and hypertension at Public Health Center 2 (Ban Na Pho), Nong Khai Municipality. The research employed a quasi-experimental, one-group pretest - posttest
design. The study compared knowledge scores, sodium consumption behaviors, and clinical outcomes before and after the program's implementation. The sample consisted of 23 participants, aged 40–80 years, with Chronic Kidney Disease (CKD) stages 2–3, selected through purposive sampling between April and June 2025.

The experimental tool was a sodium control program using a salt meter, developed based on Orem's Self-Care Theory. The instruments were reviewed by three experts, yielding a Content Validity Index (CVI) of

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (บ้านนาโพธิ์) เทศบาลเมืองหนองคาย

0.82. The knowledge assessment tool achieved a Cronbach's alpha coefficient of 0.70. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Clinical outcomes were compared using the Wilcoxon signed-rank test.

The results revealed that the average scores for kidney care knowledge and behaviors to delay kidney decline were significantly higher after participating in the program ($p < 0.05$). Clinical outcomes, specifically the estimated glomerular filtration rate (eGFR) and creatinine (Cr) levels, showed significant improvement ($p < 0.05$). However, there was no statistically significant difference in the Chronic Kidney Disease stage (CKD Stage) compared to the pre-intervention period ($p > 0.05$).

Keywords Sodium control program, Delaying kidney failure, Salt meter, Chronic kidney disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD)[3] เป็นปัญหาอุบัติการณ์สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย โดยมีสาเหตุหลักมาจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสร้างภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล จากการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้อง ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง สาเหตุสำคัญคือการบริโภคโซเดียมในปริมาณมากเกินความจำเป็น คนไทยมีพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมสูง 2-3 เท่าของปริมาณที่ร่างกายต้องการ โซเดียมทำให้มีการสะสมของน้ำในร่างกายมากขึ้น เกิดอาการบวม คั่งน้ำ ส่งผลให้ไตต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อขจัดโซเดียมออกจากร่างกาย เกิดภาวะไตเสื่อมและมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง หัวใจทำงานหนักขึ้นก่อให้เกิดโรคหัวใจวายหรือเป็นโรคอัมพฤกษ์อัมพาตได้ โรคไตวายเรื้อรังเป็นภาวะที่ไตค่อยๆสูญเสียความ สามารถในการทำงานลงจนกระทั่งเสื่อมสภาพและไม่สามารถกลับมาทำงานได้เป็นปกติ โดยโรคไตวายเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 5 ระยะ[1] ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง

ระยะ	คำจำกัดความ	eGFR (ml./min/1.73 m^2)
1	ปกติ หรือ สูง	90
2	ลดลงเล็กน้อย	60 - 89
3a	ลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง	45 - 59
3b	ลดลงปานกลางถึงมาก	30 - 44
4	ลดลงมาก	15 - 29
5	ไตวายระยะสุดท้าย	15 (หรือต้องรับการบำบัดแทนไต)

ค่าการทำงานของไตหรือ eGFR ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 4 เป็นต้นไปต้องรับการบำบัดรักษาทดแทนไต อันเป็นภาระหนักต่อครอบครัวและระบบสาธารณสุข ในปัจจุบันรัฐบาลพยายามให้การบริการรักษาพยาบาลบำบัดทดแทนไตแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง แต่การดูแลรักษาดังกล่าวเป็นเพียงการแก้ ปัญหาที่ปลายเหตุเท่านั้น การลดปริมาณโซเดียม ในการบริโภคจึงเป็นวิธีที่ช่วยลดความเสี่ยงโรคต่างๆที่ตามมาได้ ดังนั้นการสนับสนุนความรู้ด้านการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมและการแสดงให้เห็นปริมาณโซเดียมที่รับประทานด้วยเครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) สามารถสร้างความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหารแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี รวมถึงการรับยาตามแผนการรักษา การออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นการสร้างพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม รวมถึง

การตรวจคัดกรองสุขภาพการทำงานของไตอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นแนวทางในการชะลอภาวะไตเสื่อมได้อย่างยั่งยืน

จากการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (บ้านนาโพธิ์) เทศบาลเมืองหนองคาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ช่วงเดือนเมษายน - เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 112 คน มีภาวะไตเสื่อม Stage 1 จำนวน 36 คน, Stage 2 จำนวน 55 คน และ Stage 3 จำนวน 21 คน คิดเป็น ร้อยละ 32.14, 49.11 และ 18.75 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการดูแลรักษาไตอย่างถูกวิธี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมในปริมาณที่สูง ตามวิถีชาวบ้านเน้นรสชาติเข้มข้น หวาน มัน เค็ม อีกทั้งขาดการเอาใจใส่ในการรับยาตามแผนการรักษาและการออกกำลังกายสม่ำเสมอ จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่จะเกิดภาวะไตเสื่อม ในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็มต่อภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

สมมติฐานในการวิจัย

1. หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลรักษาไต การรับประทานอาหาร การรับยาและการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีคะแนนสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม

2. หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม มีคะแนนสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม

3. หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไต (eGFR) ค่าการทำงานของไต (Cr) ระยะของโรคไตเรื้อรัง (CKD stage) ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ค่าความดันโลหิต (B.P.) รอบเอว (cm.) และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในระดับดีขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quai–experimental research) แบบกลุ่มเดี่ยว (One group pretest–posttest design) โดยศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (บ้านนาโพธิ์) โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem Self-care Theory)[14] ที่เชื่อว่า "มนุษย์ควรมีความสามารถในการดูแลสุขภาพและชีวิตของตนเอง เพื่อให้มีสุขภาวะที่ดี" ซึ่งโอเร็มได้จัดประเภท ความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลไว้ 3 ประการคือ 1) ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care) 2) ความต้องการการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self-care) และ 3) ความต้องการการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเบี่ยงเบนสุขภาพ (Health deviation self-care) เนื่องจากผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังต้องได้รับการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง ต้องควบคุมอาหารและการรับยาอย่างเคร่งครัดเพื่อรักษาภาวะสุขภาพให้แข็งแรง ดังนั้นระบบการดูแลแบบสนับสนุนให้ความรู้ การจดบันทึกและการติดตามจึงนำมาใช้พัฒนาศักยภาพความสามารถและสร้างความตระหนักของกลุ่มตัวอย่างผ่านโปรแกรมให้สุขศึกษา ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมให้ความรู้รายกลุ่ม (Intensive Group Education) และ 2) การใช้เครื่องวัดความเค็มในอาหาร (salt Meter) โดย

พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่าการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะไตเสื่อม ส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการกรองของไต(eGFR) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (บ้านนาโพธิ์) เดือนเมษายน – เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 จำนวน 112 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้แนวคิด Power analysis โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 และค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ .05 คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ จำนวน 23 คน[13]

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรัง ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (บ้านนาโพธิ์) 2) มีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) 30 – 89 ml/Min/1.73m^2 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้ มองเห็น รับฟังและสื่อสารตามปกติ 4) สามารถติดต่อได้ทาง Application Line 5) สามารถใช้เครื่องตรวจวัดความเค็ม (Salt meter) ได้

เกณฑ์การคัดออก 1) พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างเข้าร่วมโครงการและจำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล 2) ผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายไต 3) ไม่สามารถปฏิบัติตามที่แนะนำได้ 4) มีไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 ขึ้นไป (eGFR ≤ 16 ml/Min/1.73m^2)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการ ตารางการตรวจวัดความเค็ม ร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) ที่พัฒนาขึ้น กิจกรรม ดังนี้

1.1 กิจกรรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการรายกลุ่มโดยนักโภชนาการ เรื่องการลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม และการปรับสูตรอาหารเพื่อลดปริมาณโซเดียม การเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ลดโซเดียม การชิมก่อนปรุงอาหารทุกครั้ง การเลือกบริโภค ลดการซดน้ำแกงต่างๆ ไม่นำเครื่องปรุงวางไว้บนโต๊ะอาหาร และคำแนะนำการบริโภคเกลือไม่เกินวันละ 1 ช้อนชาหรือปริมาณโซเดียม 2,000 มิลลิกรัม

1.2 การใช้เครื่องวัดความเค็มในอาหาร (Salt Meter) รุ่น EN900 ใช้หลักการวัดค่าจากการนำไฟฟ้า (Electronic Conductivity Method) โดยเซ็นเซอร์ที่ปลายเครื่องวัดประจุไฟฟ้าจากเกลือโซเดียมคลอไรด์ (NaCl) ในอาหารที่เป็นของเหลว อาหารที่มีความเค็มมาก (โซเดียม) สูงจะนำไฟฟ้าได้ดี ยิ่งอ่านค่าสูงตามไปด้วย วิธีการทดสอบโดยจุ่มลงไปในอาหารที่เป็นของเหลวที่รับประทานภายในเวลาไม่กี่วินาทีก็แสดงผลระดับความเค็มในอาหาร เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก จำแนกระดับความเค็มเป็น 3 ระดับ[2] ดังนี้ 1) เค็มน้อย (สีน้ำเงิน) ระดับความเค็ม = 0.30–0.50 % รับประทานได้ 10-20 ช้อนโต๊ะ 2) เค็มปานกลาง (สีเขียว) = 0.70–0.90 % รับประทานได้ 6-10 ช้อนโต๊ะ 3) เค็มมาก (สีแดง) = 1.10 %, 1.30 % และ 1.50 % รับประทานได้ไม่เกิน 6 ช้อนโต๊ะ

1.3 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล ยี่ห้อ TEROMO รุ่น BP500 ที่ผ่านการสอบเทียบมาตรฐานทุก 6 เดือน – 1 ปี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน ประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง (ญาติสายตรง) จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก (เกี่ยวกับโรค การรักษาและผลทางคลินิก) ประกอบด้วยโรคประจำตัว ยาที่ใช้ในตามแผนการรักษาของแพทย์ การประเมินการตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นข้อมูลที่อยู่ในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลส่วนนี้ด้วยตนเอง จำนวน 4 ข้อ เป็นแบบเติมคำในช่องว่าง

2.3 แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลรักษาไต การรับยา และการออกกำลังกายที่เหมาะสม จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ถูกและผิด การให้คะแนนถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลความรู้เรื่องการดูแลรักษาไต การใช้ยา และการออกกำลังกายที่เหมาะสม จากคะแนนเต็ม คะแนน 10 แบ่งเป็น 3 ระดับ สูง (8 - 10 คะแนน) กลาง (6-7 คะแนน) และต่ำ (0-5 คะแนน)

2.4 แบบประเมินพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ คำถามด้านการบริโภคอาหารปริมาณโซเดียม พฤติกรรมด้านบวก คือ ข้อ 3 และพฤติกรรมด้านลบ ข้อ 1, 2, 4, 5 คำถามด้านการรับยา พฤติกรรมด้านบวก คือ ข้อ 6, 8, 9, และพฤติกรรมด้านลบ ข้อ 7, 10 คำถามด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม พฤติกรรมด้านบวก คือ ข้อ 11, 12, 13, 14 และพฤติกรรมด้านลบ ข้อ 15 เป็นคำถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนพฤติกรรมด้านบวกและลบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็มเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem Self-care Theory)[14] ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรง คุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ได้ค่า CVI = .82 และนำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 10 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = .70 สำหรับเครื่องวัดความเค็มในอาหาร (Salt Meter) รุ่น EN900 ผ่านการเทียบค่าความแม่นยำ โดยการวัด 0.9 % Normal Saline ค่าที่วัดได้ = 0.9 %

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และเอกสารคำชี้แจงข้อมูลและขอความยินยอมผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสาร โดยมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการรับบริการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา จำนวน 23 คน

3. ขณะทดลอง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการให้ความรู้ด้านโภชนาการโดยนักโภชนาการและเครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) ไปใช้จริงที่บ้าน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้และสร้างการรับรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง

สัปดาห์ที่ 1-12 ติดตามประสบการณ์การถอดบทเรียนในการนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 12 สรุปและประเมินผล

4. การติดตามผล ผู้วิจัยติดตามผลการบริโภคโซเดียมโดยวัดจากค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก : ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR), ค่าการทำงานของไต (Cr), ระยะของโรคไตเรื้อรัง (CKD Stage), ค่าความดันโลหิต (B.P.) รอบเอว (cm.) และดัชนี มวลกาย (BMI)

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลทั่วไป : วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เปรียบเทียบความแตกต่างของ : ความรู้การดูแลรักษาไต การรับยาและการออกกำลังกายที่เหมาะสม พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ผลลัพธ์ทางคลินิก ระดับการทำงานของไต ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต เปรียบเทียบภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย หมายเลขรับรอง COA No. NKPH 13/2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.26 อายุ 61–70 ปี ร้อยละ 39.13 สถานภาพคู่ ร้อยละ 69.56 การศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 56.52 อาชีพรับจ้างและค้าขาย ร้อยละ 56.52 รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 47.83 ประวัติครอบครัวไม่มีญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 60.87 โรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.57 และรับยา จำนวน 4 รายการขึ้นไป ร้อยละ 52.17

2. ความแตกต่างของความรู้เรื่องการดูแลรักษาไต การรับยาและการออกกำลังกายที่เหมาะสมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการดูแลรักษาไต การรับยาและการออกกำลังกายที่เหมาะสมก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ เฉลี่ย 5.83 คิดเป็นร้อยละ 58.3 และหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง เฉลี่ย 7.39 คิดเป็นร้อยละ 73.9 โดยความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

3. ความแตกต่างของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมด้านการบริโภคอาหาร ปริมาณโซเดียมโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อย เฉลี่ย 2.18 (S.D. = .47) และหลังการทดลองอยู่ในระดับน้อย เฉลี่ย 1.73 (S.D. = .41) โดยพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ปริมาณโซเดียมหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมด้านการรับยาโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อย เฉลี่ย 1.88 (S.D. = .49) หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง เฉลี่ย 2.77 (S.D. = .68) โดยพฤติกรรมด้านการรับยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อย เฉลี่ย 2.46 (S.D. = .95) หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง เฉลี่ย 3.24 (S.D. = 1.15) โดยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวมทั้งหมดก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อย เฉลี่ย 2.02 (S.D. = .44) หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง เฉลี่ย 2.7 (S.D. = .53) โดยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวมทั้งหมดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ก่อนและหลังการทดลอง **(n=23)**

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม	**ก่อนการทดลอง**			**หลังการทดลอง**			Z	p-value
	–	**S.D.**	**ระดับ**	–	**S.D.**	**ระดับ**		
ด้านการบริโภคอาหารปริมาณโซเดียม	2.18	.47	น้อย	1.73	.41	น้อย	5.001	.000*
ด้านการรับยา	1.88	.49	น้อย	2.77	.68	ปานกลาง	5.809	.000*
ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม	2.46	.95	น้อย	3.24	1.15	ปานกลาง	4.6.4	.000*
โดยรวม	2.02	.44	น้อย	2.70	.53	ปานกลาง	7.221	.000*

* p-value < .05

4. ความแตกต่างของผลลัพธ์ทางคลินิก ระดับการทำงานของไต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าการทำงานของไตของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองมีอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในระดับลดลงเล็กน้อย เฉลี่ย 70.13 (S.D.= 14.88) และหลังการทดลองอยู่ในระดับลดลงเล็กน้อย เฉลี่ย 74.26 (S.D. = 15.12) โดยอัตราการกรองของไต (eGFR) หลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าการทำงานของไต (Cr) ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปกติ เฉลี่ย .94 (S.D. = .21) และหลังการทดลองอยู่ในระดับปกติ เฉลี่ย .89 (S.D. = .19) โดยการทำงานของไต (Cr) หลังการทดลองลดน้อยลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระยะของโรคไตเรื้อรัง (CKD) ก่อนการทดลองอยู่ในระดับ Stage 2 ลดลงเล็กน้อย เฉลี่ย 2.13 (S.D. = .55) และหลังการทดลองอยู่ในระดับ Stage 2 ลดลงเล็กน้อย เฉลี่ย 2.00 (S.D. = .60) โดยระยะของโรคไตเรื้อรัง (CKD) หลังการทดลองลดน้อยลงกว่าก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับน้ำตาลในเลือด : หลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ก่อนการทดลองอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เฉลี่ย 110.22 (S.D. = 14.52) และหลังการทดลองอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เฉลี่ย 105.65 (S.D. = 13.87) โดยระดับน้ำตาลในเลือด : หลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง หลังการทดลองลดน้อยลงกว่าก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนการทดลองอยู่ในระดับเริ่มสูง เฉลี่ย 137.26 (S.D. = 14.44) และหลังการทดลองอยู่ในระดับเริ่มสูง เฉลี่ย 131.30 (S.D. = 16.73) โดยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก หลังการทดลองลดน้อยลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการทดลองอยู่ในระดับปกติ เฉลี่ย 78.87 (S.D. = 11.71) และหลังการทดลองอยู่ในระดับปกติ เฉลี่ย 78.83 (S.D. = 12.59) โดยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลองลดน้อยลงกว่าก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รอบเอวก่อนการทดลองอยู่ในระดับค่อนข้างมาก เฉลี่ย 87.83 (S.D. = 7.48) และหลังการทดลองอยู่ในระดับค่อนข้างมาก เฉลี่ย 86.04 (S.D. = 9.69) โดยรอบเอวหลังการทดลองลดน้อยลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าดัชนีมวลกายก่อนการทดลองอยู่ในระดับท้วม เฉลี่ย 24.42 (S.D. = 3.97) และหลังการทดลองอยู่ในระดับท้วม เฉลี่ย 23.87 (S.D. = 4.13) โดยค่าดัชนีมวลกายหลังการทดลองลดน้อยลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับผลลัพธ์ทางคลินิก : ระดับการทำงานของไต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง

ผลลัพธ์ทางคลินิก (N=23)	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value
	–	S.D.	ระดับ	–	S.D.	ระดับ		
อัตราการกรองของไต (eGFR) (ml/Min/1.73m^2)	70.13	14.88	ลดลงเล็กน้อย	74.26	15.12	ลดลงเล็กน้อย	3.224	.004*
ค่าการทำงานของไต (Cr) (mg/dL)	.94	.21	ปกติ	.89	.19	ปกติ	2.889	.009*
ระยะของโรคไตเรื้อรัง :CKD (Stage)	2.13	.55	2 (ลดลงเล็กน้อย)	2.00	.60	2 (ลดลงเล็กน้อย)	1.817	.083
ระดับน้ำตาลในเลือด : หลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (mg/dL)	110.22	14.52	ค่อนข้างสูง	105.65	13.87	ค่อนข้างสูง	1.971	.061
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)	137.26	14.44	เริ่มสูง	131.30	16.73	เริ่มสูง	2.324	.030*
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิ (mmHg)	78.87	11.71	ปกติ	78.83	12.59	ปกติ	.015	.998
รอบเอว (cm.)	87.83	7.48	ค่อนข้างมาก	86.04	9.69	ค่อนข้างมาก	2.074	.050*
ค่าดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	24.42	3.97	ท้วม	23.87	4.13	ท้วม	2.258	.034*

* p-value < .05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) โดยมีเป้าหมายเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแล รักษาไต การรับประทานอาหาร การรับยาและการออกกำลังกายที่เหมาะสม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสถิติที่ระดับ < .05 เป็นไปตามสมมติฐาน ด้านพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม หลังเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .05 เป็นไปตามสมมติฐาน และด้านผลลัพธ์ทางคลินิกหลังเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่าค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ค่าการทำงานของไต (Cr) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสถิติที่ระดับ < .05 แต่ระยะของโรคไตเรื้อรัง (CKD Stage) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ > 0.05 ทั้งนี้ผู้วิจัยยังเก็บรวบรวม

ข้อมูลสนับสนุนอื่นๆ พบว่าค่าความดันโลหิตซิสโตลิก รอบเอวและดัชนีมวลกาย หลังการทดลองพบว่าดีขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าระดับน้ำตาลในเลือด : หลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง และค่าความดันโลหิตไดแอส โตลิก หลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ > 0.05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามโดยทีมแพทย์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและโภชนากรให้ความรู้และการทบทวนความรู้เป็นระยะ กิจกรรมสนทนากลุ่ม การแนะนำ ชื่นชมในการร่วมกิจกรรมร่วมกัน การตรวจวัดปริมาณโซเดียมในอาหารโดยใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt meter) อย่างสม่ำเสมอทุกวันพร้อมบันทึกผล การสร้างกลุ่มบุคคลต้นแบบในการดูแลสุขภาพตนเอง การติดตามทาง Application Line กลุ่มรายสัปดาห์ ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายเดือน การเสริมแรงจูงใจ ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจ วิธีคิด ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคตินำไปสู่การพัฒนาทักษะของบุคคลในการควบคุมและจัดการสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น พัฒนาเป็นเจตคติเกิดพฤติกรรมสุขภาพตามมา สอดคล้องกับนงนุช โพธิ์สุข[5] ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมให้คำปรึกษารายบุคคลด้านโภชนาการในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่คลินิกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลนพรัตราชธานี พบว่าผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลด้านโภชนาการในผู้ป่วย ล้างไตทางช่องท้อง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 สอดคล้องกับสำราญ พูลทอง, สุปราณี เมืองโคตร, วิลาวัลย์ หลักเขต[10] ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมละผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.05) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าระดับการกรองของไตคงที่ และมีค่าการกรองของไตดีขึ้น สอดคล้องกับสุธิดา พุฒทอง และทศพร โมระเสริฐ[9] ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมลดการบริโภคโซเดียมเปรียบเทียบกับการดูแลมาตรฐานเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ในกลุ่มทดลองมีค่าระดับ eGFR, Urine Sodium, ค่าระดับความดันโลหิต ทั้ง SBP และ DBP ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 และสอดคล้องกับสาคร เสริญไธสง[8] ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็มต่อการลดการบริโภคโซเดียม ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิต Systolic Blood Pressure ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.02) อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ความดันโลหิต Diastolic Blood Pressure และอัตราการกรองของไต ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)

ดังนั้นการใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) เพื่อตรวจวัดปริมาณโซเดียมในอาหาร เป็น

การเพิ่มความตระหนักต่อปริมาณโซเดียมที่บริโภคในแต่ละวัน ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในการเลือกรับประทานอาหาร การลดปริมาณโซเดียมสามารถลดภาวะการคั่งของน้ำและเกลือแร่ และควบคุมระบบเรนิน-แองจอโอเทนซิน (Renin-Angiotensin System) ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงและอัตราการกรองของไตดีขึ้น (He, Tan, Ma, & MacGregor, 2020)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรนำโปรแกรมการควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะอื่นๆ

2. สร้างเครือข่ายในการนำโปรแกรมไปใช้ในชุมชนและเผยแพร่ให้หน่วยงานอื่นๆ ใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรค ไตเรื้อรัง

3. ติดตามส่งเสริมควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามภาวะโรคอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นและเพิ่มกลุ่มควบคุมเพื่อให้ผลการศึกษามีความแม่นยำน่าเชื่อถือมากขึ้น

2. ควรพัฒนาโปรแกรมการดูแลป้องกันโรคที่เป็นปัญหาส่งผลต่อสุขภาพประชาชนอื่นๆ ได้แก่ รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคอ้วนสำหรับเด็กและวัยรุ่นเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพของสังคมไทยในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การทำการวิจัยในครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาจากผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมและคณะผู้บริหารเทศบาลเมืองหนองคาย กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองหนองคาย ที่อนุมัติโครงการและงบประมาณในการดำเนินงาน ผู้วิจัยขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงญาณิศา จิรนันทกาญจน์ แพทย์ครอบครัวโรงพยาบาลหนองคาย ที่ให้ความกรุณาให้คำแนะนำ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และติดตามผู้ป่วยในระบบการแพทย์ทางไกล Telemedicine ขอขอบพระคุณนายแพทย์สุรศักดิ์ โควสุภัทร์ ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลหนองคาย ในความเมตตามาให้ความรู้และเทคนิคในการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน ขอขอบคุณคณะทำงานเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (บ้านนาโพธิ์) เทศบาลเมืองหนองคาย ในการช่วยเหลือกิจกรรมเป็นอย่างดีและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาให้การสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา ขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเคร่งครัด สม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ทำให้ผลการประเมินสุขภาพบรรลุตามวัตถุประสงค์อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุข. (2561). คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต.

2.กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2565). คู่มือการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter). กระทรวงสาธารณสุข.

3.กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2565). ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. กระทรวงสาธารณสุข.

4.กรรณิการ สุวรรณา และคณะ (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย, 3(2), 1-13.

5.นงนุช โพธิ์สุข. (2565). ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษารายบุคคลด้านโภชนาการในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่คลินิกล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลนพรัตราชธานี. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. หน้า 60-61.

6.พรรณทิวา บุญมี, ขนิษฐา วิศิษฏ์เจริญ, ศุภวรรณ ใจบุญ และดวงรัตน์ กวีนันทชัย. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ปีที่ 8(2), 1-13.

7.สกุณา กัณหาสุระ และพรพิมล ชูพานิช. (2566). พฤติกรรมการบริโภคอหารที่มีโซเดียมสูงและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริโภค
อาหารที่มีโซเดียมสูงของผู้ใหญ่ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 9(4), 154-165.

8.สาคร เสริญไธสง. (2567). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็มต่อการลดการบริโภคโซเดียม ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจันการพยาบาลและการสาธารณสุข, 4(1), 1-13.

9.สุธิดา พุฒทอง และทศพร โมระเสริฐ. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมลดการบริโภคโซเดียมเปรียบเทียบกับการดูแลมาตรฐานเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีไตวายเรื้อรังระยะที่ 3. วารสารกองการพยาบาล ปีที่ 48(1), 1-9.

10.สำราญ พูลทอง, สุปราณี เมืองโคตร, วิลาวัลย์ หลักเขต. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมละผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3. วารสารสิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ปีที่ 7(1), 1-13.

11.Aliasgharzadeh, S., Tabrizi, J. S., Nikniaz, L., Ebrahimi-Mameghani, M., & Lotfi Yagin, N. (2022). Effect of salt reduction interventions in lowering blood pressure: A comprehensive systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials. Plos One, 17(12), e0277929). https://doi.org/10.1371/journal.pone. 0277929

12.Burns, N., & Grove, S.K.(2005). The practice of nursing research conduct, critique, & Utilization (5th ed.).Philadephia: Elsevier Saunder.

13.Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods, 41(4), 1149-1160.

14.Orem, D.E.(1995). Nursing: Concepts of practice (5th ed.). Mosby.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026

Part IV

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026
Part 4

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี 838
กัณฐิกา พานิชผล ,มณิสรา บุญจริง ,ศุภาวรรณ ศรีวะลา ,**กมล อาจดี**

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อดื้อยาหลายขนานในระบบทางเดินปัสสาวะ : กรณีศึกษา 2 ราย 852
ชนิฎา สายเสมา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2567 859
ณัฐพล ลาวจันทร์ ,อัฐสิมา มาศโอสถ ,อภิญญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์

การหาปริมาณ rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว ด้วยวิธี Ultra-High Performance Liquid Chromatography 872
สิริชัย กระบี่ศรี ,ยาบารียะห์ สะมาแห ,กรวิกา จารุพันธ์ ,ศิริวรรณ ชัยสมบูรณ์พันธ์

ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร 883
ฐิตา สารเสนา

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน กรณีศึกษา 2 ราย 889
กรชนก ภูจอมนิล

ผลของโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยตนเองต่อระดับอาการชาเท้า ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาการทรงตัว ตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยนาท 900
ศศิมา วัฒนา ,พิมพ์นภา ชมชื่น ,วรรณจารี สันติจารี

การพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ห้องคลอดโรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม 908
ธัญรัตน์ มณีปกร

การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลการให้บริการการแพทย์ทางไกล และการให้บริการตามมาตรฐาน ในสถานพยาบาล ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย 915
ศุภชัย บุญมี ,นพรัตน์ เสนาฮาด ,สุรชัย พิมหา ,ชุลีกร ทาทอง ,โสภิดา เติมสายทอง

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโคกตูม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 929
มนัสกิตติ์ ลีประโคน

ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการโดยความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ร่วมกับการติดตามผ่านโปรแกรม e - Nonghan Care อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี 939
สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์ ,พรพิมล มัฆนาโส

การพัฒนารูปแบบเพื่อการบรรลุโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร จังหวัดอุดรธานี 952
สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์ ,พรพิมล มัฆนาโส

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่พหุวัฒนธรรม อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน 964
อินทิรา ปุณเวช ,ศิวาพร มหาทำนุโชค

การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี 973
ปิยะพร โชคเหรียญสุขชัย ,สุรัตน์ อนันทสุข

แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1, 2 โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (CG) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียน อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 986
รัชนีย์ จันทำ

ความชุกและโมเดลการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ : การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง 996
นิธิศ ธานี ,ถนอม นามวงศ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในชุมชน : กรณีศึกษา 1006
นันทนี รัตนกิจศร

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกุลา อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ 1013
บุญเลิศ อินทร์งาม

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026
Part 4

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ 1023
ปริญญา กองกาย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดีร่วมกับท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันและตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน : กรณีศึกษา 1030
อัญชลี วงศ์สามารถ

การพัฒนาโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวม ในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพังโคน 1036
อรอนงค์ หอมกระจาย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care)โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเมือง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 1047
ธีระ วาลีประโคน

การพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ในผู้ป่วยระยะประคับประคอง โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น 1058
กฤษณา คุณชื่น ,พิมลวรรณ กัมปนานุรักษ์

แนวทางการพัฒนาตลาดสีเขียวเชิงสร้างสรรค์ จังหวัดปทุมธานี 1067
พีรยา ทองเครือ ,สุนทรี จีนธรรม ,พรนภา เตียสุธิกุล และประวรดา โภชนจันทร์

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลังโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 1078
จุไรรัตน์ สัจจมงคล ,อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์ ,เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับแลคเตทในเลือดกับการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 1088
กฤชสิริ จีระศิริ

การศึกษาการเกิดพิษของยา Methotrexate ในระยะเวลา 10 ปี ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 1099
เขมนิจภรณ์ เอื้อวิทยาศุภร

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดปทุมธานี 1109
ปิยะพร โชคเหรียญสุขชัย ,รณพงศ์ ไทยแท้

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีสในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลพนมสารคาม 1122
ณัฐธิดา จิตพิทยานุภาพ ,ดวงมณี วิยะทัศน์

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 41 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ มกราคม – มีนาคม 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน การบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยกระบวนการจัดการความรู้ผ่านค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัยอายุ 3–5 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการ พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ระดับความเข้าใจและการปฏิบัติด้านพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลหญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่น (Flexible Meal Planning) การเปลี่ยนแปลงของการโค้ชตาม GROW Model ต่อการทำงานเป็นทีม ความผิดปกติของรูปร่างเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ Dysmorphic ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพนักงานให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอย ภาวะปากแห้งของผู้สูงอายุ การให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงท้องไม่พร้อม การเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา กฎหมายกัญชาและกัญชงในประเทศไทย ระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลกับความเครียดของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ การพัฒนาเครือข่ายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกและเด็กป่วย สื่อดิจิทัลการโค้ชแบบโกรว์โมเดลต่อความรู้และทักษะในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลตรวจหามะเร็งในต่อมทอนซิลของผู้ป่วยที่ตัดต่อมทอนซิลจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก แอปพลิเคชัน LINE ในการส่งเสริมความร่วมมือของหญิงตั้งครรภ์เพื่อรักษาภาวะโลหิตจาง แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) การดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด NCDs ของนักศึกษาพยาบาล การค้นหาอาการที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้เครื่องมือส่งสัญญาณ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกระดูกหน้าแข้งหักจากมะเร็งปอดแพร่กระจาย ดัชนีไกลเคชั่นของฮีโมโกลบิน(Hemoglobin Glycation Index) การวินิจฉัยอัตราส่วนของนิวโทรฟิลต่อลิมโฟซัยท์ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในการเจ็บป่วยระยะกลาง การพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนน โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา พฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย การหาปริมาณ rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว การบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

Factors Associated with Safe Motorcycle Riding Behavior Among Students of Sirindhorn College of Public Health, Chonburi.

(Received: February 25,2026 ; Revised: March 8,2026 ; Accepted: March 25,2026)

กัณฐิกา พานิชผล[1] มณิสรา บุญจริง[1] ศุภาวรรณ ศรีวะลา[1] กมล อาจดี[1]
Gunthika Panisphon[1] Manissara Boonjing[1] Suphawan Sriwala[1] Kamon Arjdee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ชั้นปีที่ 1-4 และนักศึกษาระดับ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ชั้นปีที่ 1-2 รวมกันเป็นจำนวน 175 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามที่พัฒนา เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และการทดสอบสถิติสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) และทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ t-test และ Anova โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษาอย่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความรู้และความเข้าใจในการจัดการความปลอดภัยทางถนน (r = 0.333, p = 0.000) และด้านการปฏิบัติ และสื่อสาร (r = 0.509, p = 0.000) และปัจจัยด้านรถจักรยานยนต์ (r = 0.333, p = 0.000) ขณะที่ปัจจัยด้านเพศ ช่องทางการได้รับข้อมูลความปลอดภัย และบริการเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยทางถนนไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย, ความรอบรู้ทางสุขภาพ, ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to study the factors associated with safe motorcycle riding behavior among students at Sirindhorn College of Public Health, Chonburi. The sample group consisted of 175 students, including first to fourth year undergraduate students and first to second-year vocational certificate students. Data were collected using a developed questionnaire, analyzed with descriptive statistics, Chi-square tests, Pearson's Correlation Coefficient, and comparisons using T- test and ANOVA, with a significance level set at 0.05.

The results revealed that factors significantly associated with safe motorcycle riding behavior at the 0.05 level included health literacy, specifically knowledge and understanding of road safety management (r = 0.333, p = 0.000) and practices and communication (r = 0.509, p = 0.000), environmental factors (r = 0.383, p = 0.000), and motorcycle-related factors (r = 0.333, p = 0.000). Gender, information sources on safety, and road safety management services were not significantly related.

Keywords: Safe riding behavior, health literacy, environmental factors

[1] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานว่าในปี 2561 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นเป็น 1.35 ล้านคนต่อปี โดยมากกว่าครึ่งนึงของผู้เสียชีวิตเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ และการบาดเจ็บจากการจราจรเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตสำหรับเด็กและเยาวชนอายุ 5-29 ปี ในประเทศไทย จากข้อมูลปี พ.ศ. 2564 พบว่าคนไทยเสียเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 16,957 คน คิดเป็นอัตรา 25.9 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก และกว่า 3 ใน 4 ของผู้เสียชีวิตเป็นเพศชาย และกว่า 1 ใน 5 อยู่ในช่วงอายุ 15-24 ปี โดยประมาณ 3 ใน 4 เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์[1]

จังหวัดในภูมิภาคตะวันออก โดยเฉพาะระยอง ชลบุรี และจันทบุรี เป็นพื้นที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด ตั้งแต่ปี 2554-2564 สาเหตุมาจากดื่มแล้วขับ ใช้ความเร็วเกินกำหนด จังหวัดชลบุรีเป็นศูนย์กลางของภาคตะวันออก ทั้งด้านเศรษฐกิจ การท่องเที่ยวละอุตสาหกรรม ทำให้มีนักท่องเที่ยวมาท่องเที่ยวและทำกิจกรรมต่างๆ มีสถานที่ท่องเที่ยวหลายแห่ง ได้แก่ ชายหาด โรงแรม ผับ ที่เปิดบริการเป็นจำนวนมาก จังหวัดชลบุรีพบว่ามีการเกิดอุบัติเหตุ 2,203 คนในปี 2566 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 20-29 ปี โดยยานพาหนะที่พบมาที่สุด คือ รถจักรยานยนต์[2]

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ซึ่งพื้นที่ส่วนใหญ่ล้อมรอบด้วยถนน คือ ถนนเส้นหน้าวิทยาลัยเป็นถนนเลี่ยงออกจากถนนสุขุมวิท 3 พบว่ามีการเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งบริเวณประตูทางออกด้านหน้า และนักศึกษามีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ไม่เหมาะสม เช่น การขับเร็วในสถานศึกษา การไม่สวมหมวกนิรภัย และการซ้อนท้ายเกิน 1 คน นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2566 ยังมีนักศึกษาชาย 2 ราย ประสบอุบัติเหตุเสียชีวิตจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ชนเสาไฟฟ้าในช่วงเทศกาลสงกรานต์ จากการสำรวจนำร่องพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.2) และส่วนใหญ่ขับขี่รถจักรยานยนต์เป็น (ร้อยละ 84) แต่มีเพียงร้อยละ 35.3 ที่มีใบอนุญาตขับขี่ และร้อยละ 35.3 ไม่สวมหมวกนิรภัย นอกจากนี้ ร้อยละ 46.2 เคยมีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ สถานการณ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่านักศึกษามีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร คณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เพื่อนำผลไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่แตกต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อศึกษาแนวทางและการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านรถจักรยานยนต์ และปัจจัยด้านถนนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

2. พฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี มีความแตกต่างกันในแต่ละปัจจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by cross-sectional study) มีระยะเวลาในการทำวิจัยในครั้งนี้ คือ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2567 - มีนาคม พ.ศ.2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ช่วงชั้นปีที่ 1 - 4 จำนวน 486 คน และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ช่วงชั้นปี 1 – 2 จำนวน 171 คน รวมทั้งหมด 657 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Daniel ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 175 คน และมีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) นักศึกษาที่สามารถขับขี่รถจักรยานยนต์ได้ 2) นักศึกษาที่มีรถจักรยานยนต์เป็นของตัวเองและนักศึกษาที่ไม่มีรถจักรยานยนต์เป็นของตัวเอง

เกณฑ์การคัดออก 1) นักศึกษาที่ไม่สามารถขับขี่รถจักรยานยนต์ได้

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) มีวิธีการดังนี้

1. สุ่มเลือกตัวอย่างระดับชั้น ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling)เป็นการสุ่มตัวอย่าง โดยแยกประชากรออกเป็นกลุ่มประชากรย่อย ๆ คือแยกกลุ่มประชากรเป็นระดับชั้นหรือแบ่งเป็นชั้นภูมิก่อน โดยมีทั้งหมด 5 ชั้นภูมิ คือ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน สาขาวิชาทันตสาธารณสุข สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ และสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย

2. สุ่มตัวอย่างแบบเป็นสัดส่วนในแต่ละระดับชั้นภูมิ ด้วยวิธีแบ่งแบบเป็นสัดส่วนหรือสุ่มแบบเป็นสัดส่วน (Proportion) ในระดับชั้นภูมิจำนวนนักศึกษามาก จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมาก มีจำนวนวนนักศึกษามีน้อย จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย

3. นำสัดส่วนนักศึกษาแต่ละชั้นที่ได้มาสุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน สาขาวิชาทันตสาธารณสุข สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ และสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย ในแต่ละชั้นปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งใช้แบบสอบถาม โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ประสบการณ์ขับขี่ จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 ปัจจัยสภาพแวดล้อม

อิทธิพลของเพื่อน และอิทธิพลของครอบครัว ผู้วิจัยได้มีการปรับแนวแบบสอบถามจากอารยา เชียงของ เป็นแบบประมาณค่า 5 ตัวเลือก ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 6 ข้อ ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของเบสท์[3] แปลผลได้ดังนี้

ปัจจัยส่งผลต่อ ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00 พฤติกรรมมาก

ปัจจัยส่งผลต่อ ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67 พฤติกรรมปานกลาง

ปัจจัยส่งผลต่อ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 พฤติกรรมน้อย

ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านรถจักรยานยนต์

สภาพรถจักรยายนต์ และปัจจัยด้านถนน ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจาก เนตรนภา สร้อยแก้ว เป็นแบบประมาณค่า 5 ตัวเลือก ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 6 ข้อ ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของเบสท์[3] แปลผลได้ดังนี้

ปัจจัยส่งผลต่อ ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00 พฤติกรรมมาก

ปัจจัยส่งผลต่อ ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67 พฤติกรรมปานกลาง

ปัจจัยส่งผลต่อ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 พฤติกรรมน้อย

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการขับขี่ปลอดภัย

ตอนที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลด้านที่เข้าถึงข้อมูลและบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการจัดการความปลอดภัยทางถนน

1.1 ด้านที่เข้าถึงข้อมูล จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากคู่มือการสำรวจ HL ด้านความปลอดภัยทางถนน เป็นแบบสอบถามลักษณะแบบตรวจรายการ[5]

1.2 บริการอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการจัดการความปลอดภัยทางถนน จำนวน 6 ข้อ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากคู่มือการสำรวจ HL ด้านความปลอดภัยทางถนน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจรายการ[5]

ตอนที่ 2 ความรู้และความเข้าใจในการจัดการความปลอดภัยทางถนน จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากคู่มือการสำรวจ HL ด้านความปลอดภัยทางถนน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูกและ ผิด พิจารณาการให้คะแนน ดังนี้[5]

ข้อคำถามเชิงบวก ข้อคำถามเชิงลบ

ถูก 1 คะแนน ถูก 0 คะแนน

ตอนที่ 1 ด้านความระมัดระวัง จำนวน 6 ข้อ

ผิด 0 คะแนน ผิด 1 คะแนน

เกณฑ์การจำแนกระดับความรู้และความเข้าใจในการจัดการความปลอดภัยทางถนน

คะแนน 0 - 5 คะแนน หมายถึง ความรู้และความเข้าใจในการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับต่ำ

คะแนน 6 - 8 คะแนน หมายถึง ความรู้และความเข้าใจในการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับปานกลาง

คะแนน 9-10 คะแนน หมายถึง ความรู้และความเข้าใจในการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับสูง

ตอนที่ 3 ด้านการปฏิบัติ สื่อสารในการจัดการความปลอดภัยทางถนน จำนวน 8 ข้อ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากคู่มือการสำรวจ HL ด้านความปลอดภัยทางถนน เป็นแบบประมาณค่า 5 ตัวเลือก ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของเบสท์[3] แปลผลได้ดังนี้

การปฏิบัติสื่อสารในการจัดการความปลอดภัยทางถนน ระดับดี ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00

การปฏิบัติ สื่อสารในการจัดการความปลอดภัยทางถนน ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67

การปฏิบัติ สื่อสารในการจัดการความปลอดภัยทางถนน ระดับแย่ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย

พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย จำนวน 19 ข้อ ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากเกตุกาล ทิพย์ทิมพ์วงศ์[4] โศรดา เจริญศักดิ์[5] และเสฏฐนันท์ ศุภปีติพร[6] เป็นแบบประมาณค่า 5 ตัวเลือก ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย ประกอบด้วย

เกณฑ์คะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ความระมัดระวังในการขับขี่รถจักรยานยนต์ระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง ความระมัดระวังในการขับขี่รถจักรยานยนต์ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ความระมัดระวังในการขับขี่รถจักรยานยนต์ระดับน้อย

ตอนที่ 2 ด้านการตรวจสอบสภาพรถจักรยานยนต์ จำนวน 10 ข้อ

ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ตรวจสอบสภาพรถสม่ำเสมอ

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง ตรวจสอบสภาพรถบางครั้ง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ไม่เคยตรวจสอบสภาพรถสม่ำเสมอ

ตอนที่ 3 ด้านการปฏิบัติตามกฎจราจร จำนวน 12 ข้อ

ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง มีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ค่อนข้างปลอดภัย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ไม่ปลอดภัย

การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของเบสท์[3]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. คณะผู้วิจัยติดต่อประสานงานไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. คณะผู้วิจัยติดต่อประสานงานไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

4. คณะผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำวิจัยกับกลุ่มตัว อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียดรวมทั้งพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

5. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคณะผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจ

6. หากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว คณะผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อป้องกันความผิดพลาดเมื่อเข้าสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยค่าเฉลี่ย ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Chi-square ทดสอบวัดค่าระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระโดยใช้ Pearson Correlation กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เกณฑ์การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามดังนี้[9]

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
0.00 – 0.20	ต่ำมาก
0.21 – 0.50	ต่ำ
0.51 – 0.80	ปานกลาง
0.81 – 1.00	สูง

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 175 คน ประกอบด้วยนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1–4 และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงชั้นปีที่ 1–2 ได้นำแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์สหสัมพันธ์

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.40 และเพศชาย ร้อยละ 16.60 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 18-22 ปี คิดเป็นร้อยละ 93.10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสาขาสาธารณสุขชุมชน คิดเป็นร้อยละ 29.10 รองลงมาเป็นสาขาทันตสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 26.30 สาขาแพทย์แผนไทย คิดเป็นร้อยละ 18.30 สาขาเทคนิคเภสัชกรรม คิดเป็นร้อยละ 14.90 และสาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 10.90 โดยมีชั้นปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 35.40 รองลงมาเป็น ชั้นปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 30.90 ชั้นปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 22.30 และชั้นปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 10.90 ตามลำดับ ด้านการมีรถจักรยานยนต์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีรถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 78.30 และมีรถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 21.70 ไม่มีใบขับขี่ คิดเป็นร้อยละ 70.90 และมีใบขับขี่ คิดเป็นร้อยละ 28.60 ด้านประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 73.70 และเคยเกิดอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 26.30 โดยช่วงการเกิดอุบัติเหตุ 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 93.10 รองลงมาคิดเป็นร้อยละ 5.70 อยู่ในช่วงการเกิดอุบัติเหตุ 6-11 ปี และคิดเป็นร้อยละ 1.10 อยู่ในช่วงการเกิดอุบัติเหตุ 12-18 ปี ตามลำดับ

ด้านประสบการณ์ขับขี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ขับขี่อยู่ในช่วง 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.00 รองลงมาคิดเป็นร้อยละ 32.60 อยู่ในช่วง 6-11 ปี และคิดเป็นร้อยละ 3.40 อยู่ในช่วง 12-18 ปี ตามลำดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการขับขี่ปลอดภัย

ด้านช่องทางการได้รับข้อมูลความปลอดภัยทางถนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่องทางได้รับข้อมูลจากสื่อออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 37.10 รองลงมาเข้าร่วมกิจกรรมหรืออบรมหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 29.10 สื่อทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 20.00 คำปรึกษา แนะนำจากคนใกล้ชิดคิดเป็นร้อยละ 13.70 และ อื่นๆ ร้อยละ 0 ตามลำดับ

ด้านบริการเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยทางถนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับบริการเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยทางถนน คือ มีป้ายหรือสัญญาณจราจร คิดเป็นร้อยละ 15.40 รองลงมา มีหลักสูตรฝึกปฐมพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 24.60 ติดตั้งอุปกรณ์กับติดไฟส่องสว่าง ร้อยละ 23.40 มีหลักสูตรฝึกอบรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 12.60 และบริการอื่นๆ ร้อยละ 0.60 ตามลำดับ

ด้านความรู้ ความเข้าใจในการจัดการความปลอดภัยทางถนน พบว่า คิดเป็นร้อยละ 62.90 มีความรู้และความเข้าใจระดับต่ำ รองลงมาคิดเป็นร้อยละ 26.90 มีความรู้และความเข้าใจระดับปานกลาง และคิดเป็นร้อยละ 10.30 มีความรู้และความเข้าใจระดับสูง ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ย 8.39 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.82

ด้านการปฏิบัติ สื่อสารในการจัดการความปลอดภัยทางถนน คิดเป็นร้อยละ 69.70

ปฏิบัติน้อย รองลงมาคิดเป็นร้อยละ 29.10 ปฏิบัติปานกลาง และคิดเป็นร้อยละ 1.10 ปฏิบัติมาก

2. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

การศึกษาระดับสภาพแวดล้อมในอิทธิพลของเพื่อน พบว่า ปัจจัยอิทธิพลของเพื่อนต่อพฤติกรรม

การขับขี่ปลอดภัยอยู่ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 53.10 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.90 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ปัจจัยส่งผลต่อพฤติกรรมน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.78 ถือว่าอยู่ในระดับมาก

การศึกษาระดับสภาพแวดล้อมในอิทธิพลของครอบครัว พบว่า ปัจจัยอิทธิพลของครอบครัวต่อพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 85.70 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 13.10 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 1.10 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.31 ถือว่าอยู่ในระดับมาก

3. ปัจจัยด้านรถจักรยานยนต์

การศึกษาระดับสภาพรถจักรยานยนต์ พบว่า ปัจจัยสภาพรถจักรยานยนต์ต่อพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 58.30 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 32.00 และระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 9.70 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.76 ถือว่าอยู่ในระดับมาก

4. ปัจจัยด้านถนน

การศึกษาระดับสภาพของถนน พบว่า ปัจจัยของถนนต่อพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 27.40 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.00 และระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 0.60 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.41 ถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง

5. พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย

ด้านความระมัดระวัง พบว่า พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ ในด้านความระมัดระวังของกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 77.10 ความระมัดระวังในการขับขี่รถจักรยานยนต์ระดับมาก รองลงมาคิดเป็นร้อยละ 17.10 ความระมัดระวังในการขับขี่รถจักรยานยนต์ระดับปานกลาง และคิดเป็นร้อยละ 5.70 ความระมัดระวังในการขับขี่รถจักรยานยนต์ระดับน้อย ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.18 ถือว่าอยู่ในระดับมาก

ด้านการตรวจสอบสภาพรถ พบว่า ตรวจสอบสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 92.00 รองลงมาตรวจสอบสภาพรถบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6.90 และไม่เคยตรวจการตรวจสอบสภาพรถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 1.10 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.59 ถือว่าอยู่ในระดับมาก

ด้านการปฏิบัติตามกฎจราจร พบว่า มีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 65.10 รองลงมามีพฤติกรรมการขับขี่ค่อนข้างปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 34.90 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.99 ถือว่าอยู่ในระดับมาก

6. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

จากการทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation) พบว่า

ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านเพศ พบว่า วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยในด้านเพศ (X^2 = 2.687, p = 0.241) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่า วิเคราะห์ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการขับขี่ปลอดภัยด้านการขับขี่ปลอดภัยของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี มีรายละเอียด ดังนี้

ช่องทางการได้รับข้อมูลความปลอดภัยทางถนนกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ (r = 0.115, p = 0.130) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บริการเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยทางถนนกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมาก (r = 0.157, p = 0.038) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความรู้และความเข้าใจในการจัดการความปลอดภัยทางถนนกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ (r = 0.333, p < 0.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านการปฏิบัติ สื่อสารในการจัดการความปลอดภัยทางถนนกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง (r = 0.509, p < 0.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยสภาพแวดล้อม พบว่า วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมกับพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยในเชิงบวกระดับต่ำ (r = 0.383, p = 0.000) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยด้านรถจักรยานยนต์ พบว่า วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านรถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ (r = 0.333, p < 0.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยด้านถนน พบว่า วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านถนนกับพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยของนักศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมาก (r = 0.181, p = 0.017) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ T-test และ ANOVA

ปัจจัยที่มีความแตกต่างกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี มีดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ ไม่มีความแตกต่างกันกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา (p = 0.500)

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านกลุ่มอายุ ไม่มีความแตกต่างกันกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา (p = 0.730)

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ไม่มีความแตกต่างกันกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา (p = 0.730)

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านประสบการณ์การขับขี่ไม่มีความแตกต่างกันกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา (p = 0.483)

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการขับขี่ปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับช่องทางการได้รับข้อมูลความปลอดภัยทางถนน ไม่มีความแตกต่างกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา (p = 0.103)

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการขับขี่ปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับบริการเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยทางถนน ไม่มีความแตกต่างกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา (p = 0.103)

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการขับขี่ปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้และความเข้าใจในการจัดการความปลอดภัยทางถนน มีความแตกต่างกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (p < 0.01)

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการขับขี่ปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับด้านการปฏิบัติสื่อสารในการจัดการความปลอดภัยทางถนน มีความแตกต่างกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์

ปลอดภัยของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p < 0.01$)

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนและอิทธิพลของครอบครัว มีความแตกต่างกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p=0.001$)

ปัจจัยด้านรถจักรยานยนต์ ที่เกี่ยวข้องกับสภาพรถจักรยานยนต์ มีความแตกต่างกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($p < 0.01$)

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสภาพถนนไม่มีความแตกต่างกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา ($p = 0.173$)

8. แนวทางและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

ผลการศึกษา พบว่า นโยบายการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยในวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี มีดังนี้ ผู้ขับขี่และผู้ซ้อนต้องสวมหมวกนิรภัยตลอดการขับขี่เพื่อลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บ การขับขี่ไม่ควรเกินความเร็วที่กำหนดเพื่อควบคุมรถได้ดีขึ้นและหลีกเลี่ยงอุบัติเหตุนอกจากนี้ ผู้ขับขี่ต้องมีใบอนุญาตขับขี่ที่ถูกต้อง และไม่ควรซ้อนท้ายเกิน 3 คน เพื่อรักษาความปลอดภัย การขับขี่ต้องปฏิบัติตามกฎจราจรและขับขี่อย่างระมัดระวัง ห้ามขับขี่ขณะเมาสุราหรือสารเสพติด ซึ่งสามารถลดความสามารถในการควบคุมรถและเพิ่มความเสี่ยงจากอุบัติเหตุได้

9. แนวทางและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

ผลการศึกษา พบว่า นโยบายการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยในวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี มีดังนี้ ผู้ขับขี่และผู้ซ้อนต้องสวมหมวกนิรภัยตลอดการขับขี่เพื่อลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บ การขับขี่ไม่ควรเกินความเร็วที่กำหนดเพื่อควบคุมรถได้ดีขึ้นและหลีกเลี่ยงอุบัติเหตุนอกจากนี้ ผู้ขับขี่ต้องมีใบอนุญาตขับขี่ที่ถูกต้อง และไม่ควรซ้อนท้ายเกิน 3 คน เพื่อรักษาความปลอดภัย การขับขี่ต้องปฏิบัติตามกฎจราจรและขับขี่อย่างระมัดระวัง ห้ามขับขี่ขณะเมาสุราหรือสารเสพติด ซึ่งสามารถลดความสามารถในการควบคุมรถและเพิ่มความเสี่ยงจากอุบัติเหตุได้

สรุปและอภิปรายผล

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ เพศไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักศึกษา ($p = 0.241$) ซึ่งหมายความว่าพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยของนักศึกษาชายและหญิงไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวรักษ์ บุญพา [11] ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาหญิงในสายวิชาชีพด้านสุขภาพซึ่งมีความตระหนักด้านความปลอดภัยสูง รวมถึงสภาพแวดล้อมในวิทยาลัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยแก่นักศึกษา

- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการขับขี่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยใน 3 ปัจจัยหลัก:

- **ช่องทางการได้รับข้อมูลความปลอดภัยทางถนน** ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ เกษม เวชสุทธานนท์[12] และฐาศุกร์ จันประเสริฐ[15]ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากนักศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขฯ มีระดับความรู้และความตระหนักด้านความปลอดภัยสูงอยู่แล้ว ทำให้การได้รับข้อมูลเพิ่มเติมผ่านช่องทางต่างๆ ไม่ได้ส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ

- **บริการเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยทางถนน** มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับ

พฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ เกษม เวชสุทธานนท์[12] และฐาศุกร์ จันประเสริฐ[15]

- **ความรู้และความเข้าใจในการจัดการความปลอดภัยทางถนน** มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ เกษม เวชสุทธานนท์[12] และฐาศุกร์ จันประเสริฐ[15]

- **ด้านการปฏิบัติ สื่อสารในการจัดการความปลอดภัยทางถนน** มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ เกษม เวชสุทธานนท์[12] และฐาศุกร์ จันประเสริฐ[15]

2. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 (r=0.383, p=0.000) การพบความสัมพันธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดของ จิราภา สีทา[13] ในเรื่องอิทธิพลของเพื่อน และ กมลวรรณ คุ้มวงษ์[16] ในเรื่องอิทธิพลของครอบครัว ซึ่งกล่าวถึงการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับกลุ่มเพื่อนเพื่อการยอมรับและบทบาทของครอบครัวในฐานะสถาบันพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์เกื้อกูลกัน

3. ปัจจัยด้านรถจักรยานยนต์

ปัจจัยด้านรถจักรยานยนต์มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r=0.333, p < 0.01) ผลนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ เนตรนภา สร้อยแก้ว[5] ที่ระบุว่ายานพาหนะที่ชำรุดหรือขาดการบำรุงรักษาเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งบ่งชี้ว่านักศึกษาที่ใช้รถจักรยานยนต์ในสภาพดีจะมีการขับขี่ที่ปลอดภัยและลดความเสี่ยงอุบัติเหตุได้

4. ปัจจัยด้านถนน

ปัจจัยด้านถนนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r=0.181, p=0.017) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ กรมทางหลวงชนบท[14] ที่กล่าวว่าลักษณะทางกายภาพและโครงสร้างของพื้นผิวถนน เช่น รอยแตกร้าว หลุมบ่อ หรือการลื่น ส่งผลต่อการขับขี่และความปลอดภัย และหากสภาพถนนไม่ดีอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 ความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ แม้เพศจะแตกต่างกัน แต่พฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยไม่แตกต่างกัน (p = 0.500) ผลนี้ไม่สอดคล้องกับ สุวรักษ์ บุญพา[11] ที่พบว่าเพศชายมีแนวโน้มเกิดอุบัติเหตุสูงกว่า

- อายุ แม้อายุจะแตกต่างกัน แต่พฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยไม่แตกต่างกัน (p = 0.730) ผลนี้ไม่สอดคล้องกับ โศรดา เจริญศักดิ์[8] ที่ชี้ว่ากลุ่มวัยรุ่น 18-22 ปี มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากความคึกคะนองและขาดประสบการณ์

- ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ประสบการณ์จะแตกต่างกัน แต่พฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยไม่แตกต่างกัน (p = 0.349) ซึ่งสะท้อนว่านักศึกษาให้ความสำคัญด้านความปลอดภัยเท่าเทียมกัน ทั้งผู้ที่เคยมีหรือไม่มีประสบการณ์อุบัติเหตุ

- ประสบการณ์การขับขี่ แม้ประสบการณ์จะแตกต่างกัน แต่พฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยไม่แตกต่างกัน (p = 0.483) ผลนี้ชี้ว่าการมีประสบการณ์ขับขี่มากขึ้นไม่ได้ทำให้ขับขี่ปลอดภัยขึ้นเสมอไป และสอดคล้องกับ เนตรนภา สร้อยแก้ว[5] ที่เน้นความสำคัญของความรู้และทักษะในการควบคุมการขับขี่ปลอดภัยมากกว่าประสบการณ์เพียงอย่างเดียว

ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการขับขี่ปลอดภัย

- ช่องทางการได้รับข้อมูลความปลอดภัยทางถนน มีความแตกต่างกัน แต่ไม่ส่งผลให้พฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผลนี้ไม่สอดคล้องกับ เกษม เวชสุทธานนท์[12] และฐาศุกร์ จันประเสริฐ[15]**- บริการเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยทางถนน** มีความแตกต่างกัน แต่ไม่ส่งผลให้พฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผลนี้ไม่สอดคล้องกับ เกษม เวชสุทธานนท์[12] และฐาศุกร์ จันประเสริฐ[15]

- ความรู้และความเข้าใจในการจัดการความปลอดภัยทางถนน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยกลุ่มที่มีความรู้น้อยจะมีพฤติกรรมการขับขี่ที่ด้อยกว่ากลุ่มที่มีความรู้ปานกลางและกลุ่มที่มีความรู้มากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลนี้สอดคล้องกับ เกษม เวชสุทธานนท์[12] และฐาศุกร์ จันประเสริฐ[15]

ที่กล่าวถึงอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมเสี่ยงบนท้องถนน

- ด้านการปฏิบัติ สื่อสารในการจัดการความปลอดภัยทางถนน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยกลุ่มที่มีระดับการปฏิบัติและการสื่อสารสูงกว่าจะมีพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยดีกว่ากลุ่มที่มีการปฏิบัติและการสื่อสารน้อย ผลนี้สอดคล้องกับ เกษม เวชสุทธานนท์[12] และฐาศุกร์ จันประเสริฐ[15]

2. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (อิทธิพลของเพื่อนและครอบครัว) มีความแตกต่างกัน และส่งผลให้พฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยของนักศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.001$)

- อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน กลุ่มที่ได้รับอิทธิพลจากเพื่อนในระดับสูงมีพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยที่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับอิทธิพลจากเพื่อนในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลนี้สอดคล้องกับ กมลวรรณ คุ้มวงษ์[16]

- อิทธิพลจากครอบครัว อิทธิพลจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย โดยนักศึกษาที่ได้รับอิทธิพลจากครอบครัวในระดับสูงมีพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยมากกว่ากลุ่มที่ได้รับอิทธิพลในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลนี้สอดคล้องกับ กมลวรรณ คุ้มวงษ์[16]

3. ปัจจัยด้านรถจักรยานยนต์

- ปัจจัยด้านสภาพรถจักรยานยนต์มีความแตกต่างกัน และส่งผลให้พฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยของนักศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.01$)

- สภาพรถที่ดีสามารถส่งผลให้พฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยแตกต่างจากสภาพรถที่ไม่ดีหรืออยู่ในสภาพปานกลาง โดยกลุ่มที่ใช้รถจักรยานยนต์ในสภาพดีจะมีพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลนี้สอดคล้องกับ เนตรนภา สร้อยแก้ว[5] ซึ่งพบว่าสภาพรถที่ไม่สมบูรณ์หรือถูกดัดแปลงมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ

4. ปัจจัยด้านถนน

ผลการศึกษาในส่วนอภิปรายพบว่า สภาพของถนนมีผลต่อพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยของนักศึกษา โดยมีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มที่ขับขี่บนถนนที่มีสภาพดีมีพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยมากกว่ากลุ่มที่ขับขี่บนถนนที่มีสภาพไม่ดี ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภูทริยา มีอุสาห์[17] ที่พบว่าสภาพถนนมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ และการปรับปรุงถนนให้มีความปลอดภัยสามารถช่วยลดอุบัติเหตุและความรุนแรงของอุบัติเหตุได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่นำผลวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างหรือปัจจัยอื่นที่ส่งผลมากกว่าดังนั้น ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการขับขี่ เช่น ลักษณะนิสัยส่วนบุคคล (ความรอบคอบ ความอดทน หรือความกล้าเสี่ยง) ทัศนคติต่อการขับขี่ปลอดภัย ปัจจัยด้านอารมณ์และสภาวะจิตใจ (ความเครียด ความกดดัน หรือความมั่นใจ)

2. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการขับขี่ปลอดภัยรวมถึงการปฏิบัติตามสื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่ของนักศึกษา ซึ่งบ่งชี้ว่าสื่อสารและความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าวเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัย ควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติม ได้แก่ประเภทของความรู้ที่มีอิทธิพลสูงสุด เช่น กฎหมายจราจร เทคนิคการขับขี่ที่ปลอดภัย และการปฐมพยาบาลกรณีเกิดอุบัติเหตุช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เช่น สื่อออนไลน์ แคมเปญรณรงค์ หรือการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงวิธีการถ่ายทอดข้อมูลที่กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

3. ผลการศึกษาครั้งนี้ผลกระทบของอิทธิพลทางสังคมในระดับที่แตกต่างกันพบว่าอิทธิพลจากเพื่อนและครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการขับขี่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางสังคมมีบทบาทสำคัญดังนั้น ควรศึกษาเพิ่มเติมว่าลักษณะของแรงกดดันจากสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการขับขี่ เช่น การแข่งขัน กันขับขี่ การขับขี่ตามเพื่อน หรือแรงกดดันจากครอบครัว,บทบาทของสื่อสังคมออนไลน์ในการสร้างค่านิยมเกี่ยวกับการขับขี่ปลอดภัย,แนวทางในการใช้ปัจจัยทางสังคมให้เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการ ขับขี่ปลอดภัย

4. ผลการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เช่น อิทธิพลของเพื่อนและอิทธิพลของครอบครัว มีผลต่อพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย เนื่องจากพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีค่าความแปรปรวนที่แตกต่างกัน และส่งผลให้พฤติกรรมการขับขี่ของแต่ละบุคคลแตกต่างกันด้วยดังนั้น การขับขี่ปลอดภัยอาจได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมทางสังคมโดยเฉพาะจากเพื่อนและครอบครัว ซึ่งหมายความว่าการส่งเสริมวัฒนธรรมการขับขี่ปลอดภัยในครอบครัวและกลุ่มเพื่อนสามารถช่วยปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่และลดอุบัติเหตุบนท้องถนนได้

ข้อเสนอแนะที่นำผลวิจัยไปใช้

1. ศึกษาเพิ่มเติมว่าพฤติกรรมของนักศึกษามีความสัมพันธ์กับสถิติการเกิดอุบัติเหตุอย่างไร เพื่อให้สามารถกำหนดแนวทางป้องกันที่มีประสิทธิภาพได้ดียิ่งขึ้น

2. ศึกษาพฤติกรรมการขับขี่ของนักศึกษาในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน เช่น ขับขี่เวลากลางคืน ขับขี่ในสภาพอากาศที่ไม่เอื้ออำนวย หรือขับขี่ในสภาพการจราจรที่หนาแน่น เพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในแต่ละสถานการณ์

3. ศึกษาโดยการใช้กลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย เช่น กลุ่มผู้บริหาร ผู้นำชุมชนและอาสาสมครสาธารณสุข เพื่อเพิ่มกระบวนการวิเคราะห์ให้มีหลายด้าน และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2018). World health statistics 2018: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. [Internet]. Geneva: WHO; 2018. Retrieved from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565585.
2. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย.(2566). สถิติอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาล (ปีใหม่ – สงกรานต์) [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย; 2566. เข้าถึงได้จาก: https://www.disaster.go.th/contents/news/detail?id=49887
3. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
4. อารยา เชียงของ. (2566). ปรากฏการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ, 16(2), 51-64 https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JSH/article/view/263017/180368.
5. เนตรนภา สร้อยแก้ว. (2563). ปัจจัยที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์ :กรณีศึกษา นักเรียนอาชีวศึกษาสถานศึกษาตัวอย่าง จังหวัดสระบุรี. คณะวิศกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).(2565). คู่มือสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) การจัดการความปลอดภัยทางถนน. กรุงเทพฯ: Thai Health Promotion Foundation; 2565 [เข้าถึงเมื่อ31 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://resourcecenter.thaihealth.or.th
7. เกตุกาล ทิพย์ทิมพ์วงศ์.(2566). รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจร จากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยการขับเคลื่อนของสภานักเรียนในจังหวัดสุโขทัย [อินเตอร์เน็ต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2566. เข้าถึงได้จาก: https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/5700.
8. โศรดา เจริญศักดิ์.(2559). พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของกลุ่ม CBR Club Chanthaburi [อินเตอร์เน็ต]. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559. เข้าถึงได้จาก: https://buuir.buu.ac.th/xmlui/bitstream/handle/1234567890/11907/Fulltext.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
9. เสฏฐนันท์ ศุภปีติพรและคณะ.(2564). พฤติกรรมการขับขี่และการรับรู้ความเสี่ยงของผู้ขับขี่จักรยานยนต์ กลุ่มธุรกิจส่งอาหารในกรุงเทพมหานคร [อินเตอร์เน็ต] . กรุงเทพ: คณะวิศวกรรมศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564. เข้าถึงได้จาก: https://civil.eng.chula.ac.th/Data_Upload/Senior%20project/2021/TR_2021/Y2021_TR_Article_G10.pdf
10. พิรุณรัตน์ เลาหกุล. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประสมทางการตลาดกับการตัดสินใจซื้อรถจักรยานของลูกค้าในอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน. เชียงใหม่, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิตวิทยาลัย. สาขาวิชาการบริหารธุรกิจ.
11. สุวรักษ์ บุญพา, และน้ำเพชร อเนกคณา.(2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของประชาชน อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. ว.สาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ 2565;1:26-38.
12. เกษม เวชสุทธานนท์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ [อินเตอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://mwi.anamai.moph.go.th/th/mwihl/download/?did=198251&id=53124&reload=
13. จิราภา สีทา. (2564). อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ความเครียด กับพฤติกรรมการเที่ยวสถานบันเทิงของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษม บัณฑิต [อินเตอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: http://psy.kbu.ac.th/wp-content/uploads/2022/09/64-61-https://www.roadsafetythai.org/edoc/doc_20181124121249.pdf.
14. กรมทางหลวงชนบท. (2563). แนวทางการบำรุงรักษาและปรับปรุงสภาพถนนเพื่อความปลอดภัย [อินเตอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: https://drr.go.th/.

15. ฐาศุกร์ จันประเสริฐ และคณะ.(2565). ปัจจัยเสี่ยงทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงบนท้องถนน: การวิจัยผสานวิธี. ว.รัชต์ภาคย์ 2565;16:23-41.
16. กมลวรรณ คุ้มวงษ์, นิสากร กรุงไกรเพชร, และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ.(2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่จักรยานยนต์ของนักเรียนชายระดับมัธยม ศึกษาตอนปลายในภาคตะวันออก. ว.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2562;27:42-52. https://he02.tciThaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/232567/158983.
17. ภูทริยา มีอุสาห์. (2565). การพัฒนาแนวทางการตรวจสอบความปลอดภัยทางถนนสำหรับรถจักรยานยนต์. สาขาวิชาวิศวกรรมโยธา, มหาวิทยาลัยนเรศวร. เข้าถึงได้จาก: https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5901/3/PutariyaMeeusa.pdf

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อดื้อยาหลายขนานในระบบทางเดินปัสสาวะ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Elderly Patients with Multiple-Resistant Urinary Tract Infection.

(Received: March 29,2026 ; Revised: March 30,2026 ; Accepted: March 31,2026)

ชนิฎา สายเสมา[1]
Chanida saysema[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อดื้อยาหลายขนานในระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 2 ราย โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของ Marjory Gordon และแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ การประเมินภาวะสุขภาพ และการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยเน้นมาตรการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การแยกผู้ป่วยตามมาตรการ Contact Precautions การล้างมืออย่างถูกวิธี การจัดการสายสวนปัสสาวะอย่างเหมาะสม และการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ สามารถควบคุมการติดเชื้อได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม และไม่พบการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้ป่วยรายอื่นในหอผู้ป่วย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, เชื้อดื้อยาหลายขนาน, กระบวนการพยาบาล, การป้องกันแพร่กระจายเชื้อ

Abstract

This case study aimed to examine the nursing process and infection prevention strategies in two older patients diagnosed with multidrug-resistant urinary tract infections. The conceptual framework was based on the 11 Functional Health Patterns by Marjory Gordon and hospital infection prevention and control measures.This case study collected data from medical records, patient interviews, health assessments, and clinical outcome monitoring. Data were analyzed according to the nursing process: assessment, nursing diagnosis, planning, implementation, and evaluation. Emphasis was placed on infection prevention measures, including contact precautions, proper hand hygiene, appropriate urinary catheter management, and surveillance for transmission.

The findings revealed that both patients received systematic nursing care based on the conceptual frameworks. No additional complications occurred, and no transmission of multidrug-resistant organisms to other patients in the ward was identified.

Keywords: Older adults, Urinary tract infection, Multidrug-resistant organisms, Nursing process, Prevent the spread of Infection

บทนำ

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่พบได้บ่อยและทำให้สูญเสียชีวิตได้โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป หากติดเชื้อแกรมลบจะมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 50 ส่วนในผู้ป่วยที่อายุ 75 ปี ขึ้นไปพบว่าร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 37.8 หลังจากติดเชื้อจะมีอาการแสดงไม่ชัดเจน (WHO,2021) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะครอบคลุมการติดเชื้อของท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ ท่อไตและไต เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของ Center for Disease Control and

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลช้ำสูง

Prevention (CDC, 2021) ในปัจจุบันจำแนกเป็นการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะแบบมีอาการ (Symtomstic : SUTI) และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ CAUTI อาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ มีไข้ ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะไม่สุดกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ น้ำปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะมีเลือดปนและปวดท้องน้อย แต่ถ้าการติดเชื้อนั้นลามขึ้นไปจนถึงไต อาจมีอาการรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ มีไข้ เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ปวดหลังบริเวณสีข้าง เป็นต้น ส่วนการตรวจปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการด้วยกล้องจุลทรรศน์พบว่ามีWBC มากกว่า 3 -5 cell/ HPF หรืออาจพบลักษณะของปัสสาวะที่ขุ่น มีหนอง ผลตรวจ CBC พบเม็ดเลือดขาวในเลือดสูง[1]

การติดเชื้อดื้อยา เป็นการติดเชื้อจุลชีพที่มีความทนทานต่อฤทธิ์ของยาต้านจุลชีพที่เคยใช้ทำลายเชื้อนั้นได้ผล การติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน เป็นการติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาต้านจุลชีพตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไปการติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะในโรงพยาบาลทำให้ต้องใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อการรักษามากขึ้นทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานเพิ่มระยะเวลานอนโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เชื้อดื้อยาบางตัวไม่มียารักษาผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตมากขึ้น[2]

ปัญหาการติดเชื้อดื้อยาหรือการดื้อยาต้านจุลชีพ (Anti Microbial Resistance : AMR) เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับโลกก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน จัดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่สำคัญหากไม่เร่งแก้ปัญหาคาดว่า พ.ศ 2593 จะมีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาถึง 10 ล้านคน ประเทศในทวีปเอเชียมีคนเสียชีวิตมากที่สุดคือ 4.7 ล้านคน ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาราว 88,000 คนต่อปีและเสียชีวิตมากถึง 38,000 คนต่อปี (เมดิคอลไทม์ , 2568) ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติรายงานสถานการณ์เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพจากโรงพยาบาลในประเทศไทยตั้งแต่ ปี ค.ศ 2000-2020 แนวโน้มการดื้อยาต้านจุลชีพของเชื้อก่อโรคที่สำคัญในโรงพยาบาลหลายชนิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เชื้อที่มีอัตราการดื้อยาสูงได้แก่ เชื้อ *Acenitobacter spp* เป็นเชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการเสียชีวิต ส่วนเชื้อที่พบบ่อยและดื้อยามากได้แก่ *Acinetobacter baumannii* และ *Pseudomonas aeruginosa* และ *Enterobacteriaceae*[3]

โรงพยาบาลชำสูง จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ต้องรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลแม่ข่ายมารักษาต่อ ในปี พ.ศ. 2566 - 2568 พบว่ามีการติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะ เพิ่มมากขึ้น (ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ส่งมารักษาต่อจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ) จำนวน 18 24 และ 46 ราย ตามลำดับ จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ปี พ.ศ. 2568 พบเป็นการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน : MDR จำนวน 37 รายคิดเป็นร้อยละ 80.43 เชื้อดื้อยาที่พบ 3 อันดับแรก : ได้แก่ *Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae* และ *Acinetobacter baumannii* ตามลำดับ ซึ่งการติดเชื้อดื้อยาหลายขนานทำให้ต้องได้รับยาปฏิชีวนะที่แรงและราคาแพง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น อัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น ส่งผลกระทบทั้งผู้ป่วย ญาติและระบบสาธารณสุข[4]

การดื้อยาต้านจุลชีพจึงเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อจึงมีบทบาทสำคัญในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในกลุ่มผู้ป่วยอย่างเป็นระบบร่วมกับทีมดูแลในหอผู้ป่วยเพื่อลดอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อไป จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจทำการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อดื้อยาในระบบ

ทางเดินปัสสาวะและการใช้กระบวนการพยาบาลค้นหาปัญหา โดย การรวบรวมข้อมูล กำหนดปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล สามารถนำไปปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ บทบาทพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คือ การป้องกันการรับเชื้อของผู้ป่วยจากบุคคลอื่น ได้แก่ บุคลากรที่ให้การดูแลและญาติ บทบาทการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยบุคคลอื่นทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนเพื่อไม่ให้รับเชื้อเพิ่มหรือติดเชื้อดื้อยาทั้งขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในระบบทางเดินปัสสาวะ กรณีศึกษา 2 ราย และหลักการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา

ศึกษาผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในระบบทางเดินปัสสาวะ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซำสูง จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือน ตุลาคม 2568 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2568 จำนวน 2 ราย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ตารางที่ 1เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ต้องรักษาต่อเนื่อง รับรู้ว่าตนเองติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะต้องให้ยาฆ่าเชื้อแต่ไม่รู้ว่าติดเชื้อดื้อยาและไม่รู้ว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรรวมทั้งไม่รู้ว่าเชื้อดื้อยาสามารถแพร่กระจายไปสู่คนอื่นได้	ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีโรคประจำตัวคือ โรคซึมเศร้าต้องรักษาต่อเนื่อง รับรู้ว่าตนเองติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะรู้ว่าต้องดื่มน้ำมากๆและต้องให้ยาฆ่าเชื้อแต่ไม่รู้ว่าติดเชื้อดื้อยาและไม่รู้ว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรรวมทั้งไม่รู้ว่าเชื้อดื้อยาสามารถแพร่กระจายไปสู่คนอื่นได้และรู้ว่ามีกระดูกต้นขาหักแต่ยังไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง
2. โภชนาการและการเผาผลาญ	รับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร เคี้ยวลำบาก ดื่มน้ำน้อย เหนื่อย อ่อนเพลีย รูปร่างผอม BMI 14.88 Kg/m^2 แสดงถึงมีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง ซีด (วันแรกรับ Hb 8.4 gm/dl Hct 25.4 % และลดเหลือ 21.3 % เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2568) K 3.14 mEql/L	รูปร่างสมส่วน BMI 19.23 Kg/m^2 รับประทานอาหารอ่อนได้หมดถาดทุกมื้อและดื่มนมวันละ1-2 กล่อง
3. การขับถ่าย	ถ่ายอุจจาระทุกวันแต่ออกไม่มาก ปัสสาวะได้เองใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ไม่มีปัสสาวะแสบขัด มีกลิ่น UA	ก่อนและขณะนอนรพ. ถ่ายอุจจาระ 4-5 วันครั้ง ต้องกินยาระบาย/ใช้ยาสวนปัสสาวะได้เองใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป มีอาการปัสสาวะแสบขัด มีกลิ่น

ตารางที่ 1เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	WBC 10-20 cell/HP U/C พบ Pseudomonas aeruginosa MDR › 10^5 CFU/ml WBC 3,200 cell/cu	สีเข้ม UA WBC ›100 cell/HP U/C พบ Acinetobacter baumannii MDR › 10^5 CFU/ml
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ต้องมีคนช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน นอนบนเตียงตลอด แต่ไม่หอบ O2 sat 98% RA ADL=11	ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยบนเตียง ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ตาบอดทั้งสองข้าง ลุกนั่งเองไม่ได้ ต้องพยุง Poor ADL= 4 เนื่องจากกระดูกต้นขาขวาหักหลังทำ ORIF มีอาการปวดแผล PS 8/10 มีแผลกดทับที่บริเวณก้น
5. การนอนหลับพักผ่อน	สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ รับประทานยาคลายเครียดตามแพทย์สั่ง	สามารถนอนหลับพักผ่อนได้รับประทานยาคลายเครียดที่แพทย์สั่งให้เป็นประจำและหลังได้รับยาลดอาการปวดแผล
6.สติปัญญาและการรับรู้	รู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง เรียนจบชั้นประถมปีที่ 4 อ่านออกเขียนได้ สื่อสารได้ปกติ	รู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง สื่อสารได้ปกติ เรียนจบชั้นประถมปีที่ 4 เมื่อก่อนที่ตายังไม่บอดก็สามารถอ่านออกเขียนได้แต่ไม่คล่องนัก
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศ	รับรู้เรื่องการเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	รับรู้เรื่องการเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	บทบาทสมาชิกในครอบครัว มีน้องสาวดูแลทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล	บทบาทสมาชิกในครอบครัว รักใคร่กันดี มีลูกหลานดูแลทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล
9. เพศและการเจริญพันธ์	สูงอายุไม่มีเพศสัมพันธ์ แสดงออกทางเพศได้อย่างเหมาะสม	สูงอายุไม่มีเพศสัมพันธ์ แสดงออกทางเพศได้อย่างเหมาะสม
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกลัวกลับมาเป็นซ้ำและกลัวแพร่เชื้อดื้อยาไปให้คนในครอบครัว	ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกลัวกลับมาเป็นซ้ำและกลัวแพร่เชื้อดื้อยาไปให้คนในครอบครัวและกังวลเกี่ยวกับการหายและการดูแลหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกที่หัก
11. ค่านิยมและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามประเพณี ไหว้พระสวดมนต์	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตักบาตรในวันพระ กราบพระก่อนนอน

จากการเปรียบเทียบ ข้อมูลแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน พบว่ากรณีศึกษาทั้งสองราย พบปัญหาสุขภาพที่เหมือนกันในด้าน 1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ 2. การขับถ่าย (มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ) 3.กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย 4. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด ปัญหาสุขภาพที่ต่างกันได้แก่ กรณีศึกษารายที่ 1 พบปัญหาด้านโภชนาการและการเผาผลาญ กรณีศึกษารายที่ 2 พบปัญหาด้านการขับถ่าย (ท้องผูก)

ตาราง 2 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.ติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะ 2.มีภาวะซีดและพร่องโภชนาการเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย 3.มีภาวะHypokalemia เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงและรับประทานอาหารได้น้อย	1.ติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะ 2.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลและท้องผูก 3.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากการเจ็บป่วย 4.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ตาราง 2 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากการเจ็บป่วย 5.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 6.เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มเนื่องจากความสูงอายุและความเจ็บป่วย 7.เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเนื่องจากมีการติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะและพร่องความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา 8.มีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำเนื่องจากพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว	5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภาวะจากลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำที่ขา 6.เสี่ยงต่อการติดเชื้อและการขยายตัวของแผลกดทับเนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง 7.เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มเนื่องจากความสูงอายุและความเจ็บป่วย 8.เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเนื่องจากมีการติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะและพร่องความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา มีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำเนื่องจากพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว

วิเคราะห์ การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลพบมีความเหมือนและแตกต่างกันดังนี้ มีความเหมือนกัน คือ 1. ติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะ 2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากการเจ็บป่วย 3. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 4. เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มเนื่องจากความสูงอายุและความเจ็บป่วย 5.เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเนื่องจากมีการติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะและพร่องความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา 6. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำเนื่องจากพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว

มีความแตกต่างกันคือ รายที่ 1 : มีภาวะซีดและพร่องโภชนาการเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยและมีภาวะ Hypokalemia เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงและรับประทานอาหารได้น้อย

รายที่ 2 : มีความไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและท้องผูก เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภาวะจากลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำที่ขาและเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการขยายตัวของแผลกดทับเนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา 2 ราย ผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อดื้อยาหลายขนานในระบบทางเดินปัสสาวะ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะ จากปัจจัยเสี่ยงที่คล้ายกันคือ เป็นผู้สูงอายุ มีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับยาปฏิชีวนะ ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและส่งตัวกลับมารักษาในโรงพยาบาลชุมชน เข้าออกโรงพยาบาลบ่อย เมื่อพิจารณาในมิติความรุนแรง ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความรุนแรงมากกว่า เนื่องจากอายุมากกว่า รับประทานอาหารได้น้อย ส่งผลให้มีภาวะซีด พร่องโภชนาการระดับรุนแรง มีภาวะHypokalemia ต้องใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มที่มีประสิทธิภาพสูงราคาแพงจึงจะสามารถรักษาภาวะติดเชื้อดื้อยาได้ รายที่ 2 มีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าเนื่องจากมีประวัติสะโพกหักหลังผ่าตัด ปวดแผลผ่าตัด ทำให้มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำที่ขาขวา ต้องดูป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญต่อชีวิตคือ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด รวมทั้งต้องเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาต้านการแข็งตัวของเลือด พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้ในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้น

ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีการติดเชื้อดื้อยาเสี่ยงต่อการ

แพร่กระจายเชื้อทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน บทบาทของพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาล คือ

1. กำหนดแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานเพื่อให้ผู้ปฏิบัติใช้เป็นแนวทางเดียวกัน ได้แก่ แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

2. ส่งเสริมการปฏิบัติ ได้แก่ การให้ความรู้ การผลิตสื่อต่างๆ เช่น โปรแกรมปฏิบัติ แผ่นพับความรู้ โปสเตอร์การสนับสนุนอุปกรณ์น้ำยาต่างๆ ที่ใช้ในการปฏิบัติให้เพียงพอ

3. นิเทศติดตามการปฏิบัติอย่างงต่อเนื่องเพื่อให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาสิ่งสำคัญ คือ การป้องกันไม่ให้เชื้อดื้อยาแพร่กระจายทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนโดยใช้ MRDO Bundle : HEC^{3}O ได้แก่ Hand Hygiene, Education staff/patient and family, Contact precaution, Cleaning environment, Communication, Optimize antibiotic use

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายต้องใช้ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและนำกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนมาใช้ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาลและให้การพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่อง การเสริมพลังสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว การสร้างความพึงพอใจให้ผู้ป่วยและญาติ[5,6]

ในประเด็นด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อต้องมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนตามหลักวิชาการร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การส่งเสริมการปฏิบัติการเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จร่วมกับการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ในประเด็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีระบบ alert การปฏิบัติร่วมกับสาขาวิชาชีพโดยใช้ Group line alert และ HosXP รวมถึงผลักดันให้มีการทำความสะอาดมือโดยใช้หลักการ 5 Moment 7 Step เป็นวัฒนธรรมองค์กรในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทำให้การพยาบาลผู้ป่วยบรรลุผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย[7]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อและโรงพยาบาลแก่บุคลากรทุกระดับเป็นประจำทุกปี เพื่อพัฒนาสมรรถนะ /ทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและทันสมัย เพื่อให้การปฏิบัติป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะและนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลเพื่อให้มีแนวทางที่ชัดเจนและเหมาะสม

3. การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้องเป็นความร่วมมือจาก สหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายที่เข้มแข็งเพื่อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

4. จัดระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาให้เป็นแนวทางเดียวกันเชื่อมโยงต่อเนื่องสู่ชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

5. ใช้มาตรการ contact precaution และแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยากับผู้ป่วยที่มีประวัตินอนโรงพยาบาลตติยภูมิ ได้รับการทำหัตถการ เช่น ผ่าตัดหรือสอดใส่อุปกรณ์ในร่างกาย เช่น On ET tube ใส่สายสวนปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อดื้อยา

6. การสื่อสารกรณีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยากลับมารับบริการในโรงพยาบาล โดยเจ้าหน้าที่ห้องบัตรประทับตรา AMR ที่ใบนำทางหรือเวชระเบียนเมื่อผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Center of Disease Control and ; CDC. (2024). Urinary Tract Infection (UTI).U.S. Department of Healht and Human Services.
2. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค (2561) คู่มือวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล.กรุงเทพฯ:อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.
3. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ. CANNA GRAPHIC กรุงเทพฯ.
4. ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลซำสูง (2568)รายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลแม่ข่ายมารักษาต่อ โรงยาบาลซำสูง จังหวัดขอนแก่น
5. ทัศนีย์ ณ ป้อมเพชร. กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะร่วมกับมีภาวะเลือดออกในระบบทางอาหารส่วนต้น.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. ปีที่9 ฉบับที่ 5 กันยายน-ตุลาคม 2567.
6. ทองเปลว ชมจันทร์และประภาพรรณ สิงโต. (2565). การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในผู้ป่วย แผนกอายุรกรรม. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 4(3); 1-16.
7. พูนทรัพย์ โสภารัตน์.(2560). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางปัสสาวะ. พิมพ์ครั้งที่ 4. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2567

Risk Factors for Mortality among Pulmonary Tuberculosis Patients in Public Health Region 6, Thailand, Fiscal Year 2024.

(Received: March 12,2026 ; Revised: March 16,2026 ; Accepted: March 25,2026)

ณัฐพล ลาวจันทร์[1] อัฐสิมา มาศโอสถ[1] อภิญญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์[1]
Natthapon Laochan[1], Assima Madosod[1], Apinya Piumwattanasup[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตสุขภาพที่ 6 เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (retrospective analytical cohort study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคประเทศไทย National Tuberculosis Information Program (NTIP) ประชากรศึกษาคือผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาในเขตสุขภาพที่ 6 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 โดยคัดผู้ที่อยู่ระหว่างรักษา ถูกเปลี่ยนการวินิจฉัย ขึ้นทะเบียนใหม่เป็นวัณโรคดื้อยา หรือเสียชีวิตจากสาเหตุภายนอกออก กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์มีจำนวน 6,258 ราย เป็นกลุ่มที่ไม่เสียชีวิต 5,684 ราย (ร้อยละ 90.8) และเสียชีวิตระหว่างการรักษา 574 ราย (ร้อยละ 9.2) ประเมินขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Relative Risk ที่ปรับแล้ว (adjusted relative risk; aRR) จากสมการถดถอยปัวซองดัดแปลง (modified Poisson regression) ผลการวิเคราะห์พหุตัวแปรพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี (aRR 5.53; 95%CI 3.74–8.16) เพศชาย (aRR 1.22; 95%CI 1.02–1.45) ดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 กก./ม.² (aRR 1.39; 95%CI 1.21–1.70) การดื่มแอลกอฮอล์ (aRR 2.09; 95%CI 1.32–3.32) การติดเชื้อเอชไอวีร่วม (aRR 2.90; 95%CI 2.26–3.72) โรคไตเรื้อรัง (aRR 2.32; 95%CI 1.69–3.18) เบาหวาน (aRR 1.43; 95%CI 1.18–1.75) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (aRR 1.42; 95%CI 1.03–1.96) และผลตรวจเสมหะย้อมเชื้อ AFB เป็นบวกก่อนรักษา (aRR 1.44; 95%CI 1.21–1.71)
คำสำคัญ: ผู้ป่วยวัณโรคปอด การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด

Abstract

This study aimed to identify factors associated with death during treatment among pulmonary tuberculosis (TB) patients in Public Health Region 6 of Thailand. A survey research by retrospective cohort study was conducted using secondary data from the National Tuberculosis Information Program (NTIP). The study population included patients registered for pulmonary TB treatment across all healthcare facilities within Health Region 6 between October 1, 2023, and September 30, 2024. Patients who were still undergoing treatment, had a revised diagnosis, were re-registered as drug-resistant TB, or died from external causes such as accidents or suicide were excluded. Of 6,258 eligible patients, 5,684 (90.8%) survived and 574 (9.2%) died during treatment. Adjusted relative risks (aRR) and 95% confidence intervals (CI) were estimated using modified Poisson regression with robust error variance. Multivariable analysis identified the following independent risk factors for mortality: age > 60 years (aRR 5.53; 95% CI 3.74–8.16), male (aRR 1.22; 95% CI 1.02–1.45), body mass index (BMI) <18.5 kg/m² (aRR 1.39; 95% CI 1.21–1.70), alcohol consumption (aRR 2.09; 95% CI 1.32–3.32), HIV co-infection (aRR 2.90; 95% CI 2.26–3.72), chronic kidney disease (aRR 2.32; 95% CI 1.69–3.18), diabetes mellitus (aRR 1.43; 95% CI 1.18–1.75), chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (aRR 1.42; 95% CI 1.03–1.96), and sputum smear positivity before treatment (aRR 1.44; 95% CI 1.21–1.71).
Keywords: Pulmonary tuberculosis patients, Mortality among pulmonary tuberculosis patients

[1] สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี

บทนำ

วัณโรคจากเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและของประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลกได้มีการคาดประมาณว่ามีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ทั่วโลก 10.6 ล้านราย และเสียชีวิต 1.3 ล้านราย นับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นของโรคติดเชื้อทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทยวัณโรคก็ยังถือเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณอัตราอุบัติการณ์วัณโรคของประเทศไทยอยู่ที่ 155 ต่อแสนประชากร โดยเป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 111,000 รายต่อปี รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี 9,200 ราย ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 2,700 ราย และคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคประมาณ 14,000 รายต่อปี สะท้อนถึงภาระโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไข[1]

กองวัณโรค กรมควบคุมโรค รายงานว่าในปีงบประมาณ 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรักษารวม 78,955 ราย โดยมีอัตราการครอบคลุมการรักษายังคงต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 90 ขององค์การอนามัยโลก ทั้งนี้ พบผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยร้อยละ 8.2 หรือคิดเป็นจำนวน 5,467 ราย[2] รายงานผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ไม่ดื้อยาในปีงบประมาณ 2565 อยู่ที่ร้อยละ 79.8 ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมาย ร้อยละ 90 โดยมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 9.8 ขาดการรักษาร้อยละ 1.0 และล้มเหลวในการรักษา ร้อยละ 0.4 สำหรับวัณโรคดื้อยา (MDR-TB) แม้จะคาดประมาณไว้ 2,700 ราย แต่ขึ้นทะเบียนรักษายังคงต่ำกว่าเป้าหมาย โดยมีอัตราความสำเร็จในการรักษาเพียง ร้อยละ 63.7 ทั้งนี้ประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ต้องขัง แรงงานข้ามชาติ และผู้อาศัยในชุมชนแออัด การเสียชีวิตจากวัณโรคเป็นอุปสรรคสำคัญต่อยุทธศาสตร์ชาติในการลดอัตราตายร้อยละ 95 ภายในปี 2578 โดยเฉพาะการสูญเสียในวัยแรงงานที่กระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ[2]

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุที่สูงขึ้น โดยเฉพาะอายุ 65 ปีขึ้นไป เพศชาย ปัจจัยด้านสุขภาพและโรคร่วม และการติดเชื้อ HIV เป็นปัจจัยทำนายการตายที่สำคัญที่สุด ร่วมกับโรคเบาหวาน โรคไต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ การดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่นอกจากนี้ ปัจจัยด้านการรักษาและระบบบริการสุขภาพ เช่น การติดเชื้อดื้อยา (MDR-TB) ประวัติการรักษาซ้ำ การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา และความล่าช้าในการวินิจฉัยและเริ่มต้นการรักษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[3,4]

เขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งครอบคลุม 8 จังหวัดภาคตะวันออก เป็นพื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานสูง และมีพื้นที่อุตสาหกรรมขนาดใหญ่ รายงานปีงบประมาณ 2566 พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในเขตสุขภาพที่ 6 สูงถึงร้อยละ 11.3 และอัตราความสำเร็จการรักษาลดลงเหลือร้อยละ 77.4 โดยสาเหตุสำคัญได้แก่ การเสียชีวิต การขาดการรักษา และการโอนย้ายผู้ป่วย ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ยังมีช่องว่างที่จำเป็นต้องเร่งแก้ไข โดยเฉพาะการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อมูลปัจจัยการเสียชีวิตในเขตสุขภาพที่ 6 ยังมีจำกัด จึงจำเป็นต้องเร่งศึกษาวิจัยให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่เฉพาะ เพื่อนำไปสู่การวางแผนควบคุมโรคและลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยการเสียชีวิตจากวัณโรคในเขตสุขภาพที่ 6 จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อกำหนดแนวทางลดอัตราเสียชีวิตให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่จริง อันจะเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนานโยบายและยกระดับแผนควบคุมวัณโรคให้มีประสิทธิภาพทั้งในระดับเขตและระดับประเทศในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตสุขภาพที่ 6

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (survey research by retrospective cohort study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบรายงานข้อมูลวัณโรคประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program: NTIP) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตสุขภาพที่ 6 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษากับกลุ่มที่รอดชีวิตจนสิ้นสุดการรักษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาคือผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษาในสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 ครอบคลุม 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว และจังหวัดสมุทรปราการ รวมทั้งสิ้น 6,258 ราย

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาในโปรแกรม NTIP ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 2) เป็นผู้ป่วยที่มีผลการรักษาสิ้นสุดแล้ว ระบุในโปรแกรม NTIP และข้อมูลบันทึกครบถ้วนตามตัวแปรที่ศึกษา

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนในโปรแกรม NTIP โอนออกไปรักษาที่อื่นนอกเขตสุขภาพที่ 6 และไม่ทราบผลการรักษา 2) แพทย์เปลี่ยนการวินิจฉัยระหว่างรักษาโดยมีการบันทึกในโปรแกรม NTIP 3) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เสียชีวิตขณะรักษาด้วยสาเหตุอื่น เช่น อุบัติเหตุหรือการฆ่าตัวตาย ที่ถูกระบุไว้ในโปรแกรม NTIP

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Fleiss[5] สำหรับ cohort study ในสัดส่วน 1 : 1 โดยการศึกษาของ Xie และคณะ[7] ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยมีอัตราความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เท่ากับ 3.48 เท่าของผู้ป่วยวัณโรคไม่ติดเชื้อ HIV แสดงว่าการเป็นวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งพบผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยในกลุ่มศึกษา ร้อยละ 15.8 (P1) และในกลุ่มเปรียบเทียบมีอัตราของผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อ HIV ร้อยละ 4.5 (P2) โดยค่าสัดส่วนเฉลี่ยรวมของ P1 และ P2 เท่ากับ 10.15 อำนาจการทดสอบ 0.95 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 แทนค่าในสูตร ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำในกลุ่มศึกษาที่มี/สัมผัสปัจจัยเสี่ยง เท่ากับ 183 ราย และในกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่มี/ไม่สัมผัสปัจจัยเสี่ยง เท่ากับ 183 ราย รวมขนาดตัวอย่าง 366 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างจริง 6,258 ราย มีขนาดกลุ่มตัวอย่างมากกว่าขั้นต่ำของกลุ่มตัวอย่างอย่างที่คำนวณได้ การศึกษานี้จะใช้ตัวอย่างทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์นำมาวิเคราะห์

เครื่องมือวิจัยและตัวแปรที่ศึกษา

ใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสกัดข้อมูลจากฐานข้อมูล NTIP ประกอบด้วย 1) ข้อมูลด้านประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ อาชีพ จังหวัดที่อยู่ สิทธิการรักษา ระดับสถานบริการ 2) ข้อมูลด้านสุขภาพและโรคร่วม ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ โรคไตเรื้อรัง เบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคตับ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคประจำตัวอื่นๆ 3) ข้อมูลด้านการวินิจฉัยและการรักษา ได้แก่ สถานะการติดเชื้อเอชไอวี ผลตรวจเสมหะย้อมเชื้อ AFB ก่อนเริ่มรักษา การทดสอบความไวต่อยารักษาวัณโรค ประเภทผู้ป่วย (รายใหม่/กลับเป็นซ้ำ) โดยผลการรักษา จำแนกเป็น เสียชีวิตระหว่างรักษา และ ไม่เสียชีวิต (รักษาหาย/รักษาครบ)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้มีขั้นตอนดังนี้ 1) การขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมควบคุมโรค และขออนุญาตเข้าถึงแหล่งข้อมูลจากกองวัณโรค กรมควบคุมโรค 2) การเตรียมความพร้อมทีมวิจัยผ่านการชี้แจงวัตถุประสงค์และอบรมทักษะการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล NTIP 3) การสืบค้นและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามระเบียบวิธีวิจัยที่กำหนด 4) การดำเนินการบันทึกข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนอย่างเป็นระบบ และ 5) การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ระบบรหัสแทนชื่อจริงและจำกัดการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะทีมวิจัยที่ได้รับมอบหมายเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) สถิติเชิงพรรณนา ใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคปอด นำเสนอข้อมูล จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการเสียชีวิต และการวิเคราะห์หลายตัวแปรจะใช้วิธีการวิเคราะห์แบบสถิติการถดถอยปัวซองแบบหลายตัวแปร (Multivariable Poisson Regression) เพื่อประมาณค่า Relative Risk (RR) แบบ Crude Relative Risk (cRR) และ Adjusted Relative Risk (aRR) และสถิติ Likelihood Ratio Test เพื่อประเมินค่า p-value for interaction กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมควบคุมโรค รหัสโครงการ 68024 เอกสารรับรองวันที่ 9 มกราคม 2569

ผลการวิจัย

จากข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาในเขตสุขภาพที่ 6 ช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวน 9,834 ราย เมื่อทำการตรวจสอบข้อมูลพบมีเลขบัตรประชาชนซ้ำและพบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์การศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด ผู้ที่เปลี่ยนการวินิจฉัยระหว่างรักษา ผู้ที่ขึ้นทะเบียนเป็นวัณโรคดื้อยา ผู้ที่ยังอยู่ระหว่างรักษา และผู้ที่เสียชีวิตจากสาเหตุภายนอกอื่น รวม 3,576 ราย คงเหลือผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้าเกณฑ์ศึกษา 6,258 ราย

ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 69.5 อายุระหว่าง 31-50 ปี ร้อยละ 35.7 มีสัญชาติไทย ร้อยละ 93.5 เกินครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นนักเรียน/นักบวช ร้อยละ 57.2 รับการรักษาในระดับโรงพยาบาลศูนย์/นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 34.8 รับบริการรักษาภายในเขตที่อาศัย ร้อยละ 93.4 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 62.3 อาศัยและขึ้นทะเบียนรักษาในจังหวัดชลบุรี ร้อยละ 28.4 ดัชนีมวลกาย < 18.5 (kg/m^2) ร้อยละ 40.8 สูบบุหรี่ ร้อยละ 8.2 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 1.7 โรคไต ร้อยละ 1.9 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 3.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 12.4 โรคตับ ร้อยละ 0.5 ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 2.4 โรคหอบหืด ร้อยละ 0.3 โรคเกาต์ ร้อยละ 0.4 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.5 โรคหัวใจ ร้อยละ 0.6 และโรคประจำตัวอื่นๆ ร้อยละ 0.9 ติดเชื้อ HIV ร้อยละ 7.9 ผลตรวจเสมหะ AFB เป็นบวก ร้อยละ 39.0 เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 93.0 ผลตรวจพบดื้อยาวัณโรค ร้อยละ 2.0 เมื่อสิ้นสุดการรักษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษาหาย/รักษาครบ ไม่เสียชีวิต ร้อยละ 90.8 และมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 9.2 รายละเอียดการกระจายตัว จำนวน ร้อยละ ข้อมูลของทั้งสองกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยปัวซองแบบตัวแปรอิสระเดี่ยว เพื่อหาค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์อย่างหยาบ (Crude Relative

Risk; cRR) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต คือ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย การดื่มแอลกอฮอล์ โรคหัวใจ โรคไต ไขมันในเลือดสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การติดเชื้อ HIV โรคเบาหวาน ผลตรวจ AFB และผลการทดสอบความไวต่อยาสัญชาติ การประกอบอาชีพ ระดับของสถานบริการสาธารณสุข สิทธิการรักษา มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการถดถอยปัวซองแบบหลายตัวแปร โดยใช้เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระต่าง ๆ และหาค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ปรับประสิทธิผล (Adjusted Relative Risk; aRR) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต คือ เพศชาย (aRR = 1.22, 95% CI: 1.02-1.45) กลุ่มอายุ 31-50 ปี (aRR = 2.01, 95% CI: 1.35-3.00) กลุ่มอายุ 51-60 ปี (aRR = 2.79, 95% CI: 1.85-4.22) กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี (aRR = 5.53, 95% CI: 3.74-8.16) ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกาย < 18.5 (kg/m^2) (aRR = 1.39, 95% CI: 1.21-1.70) การดื่มแอลกอฮอล์ (aRR = 2.09, 95% CI: 1.32-3.32) การติดเชื้อ HIV ร่วม (aRR = 2.90, 95% CI: 2.26-3.72) โรคไต (aRR = 2.32, 95% CI: 1.69-3.18) โรคเบาหวาน (aRR = 1.43, 95% CI: 1.18-1.75) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (aRR = 1.42, 95% CI: 1.03-1.96) ผล AFB positive (aRR = 1.44, 95% CI: 1.21-1.71)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปและปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ลักษณะและปัจจัย	ทั้งหมด 6,258 n (%)	เสียชีวิต 574 คน n (%)	ไม่เสียชีวิต 5,684 คน n (%)	p-value
เพศ				0.003*
หญิง	1,912 (30.5)	144 (7.5)	1,768 (92.5)	
ชาย	4,346 (69.5)	430 (9.9)	3,916 (90.1)	
อายุ (ปี) (Mean ± SD) 49.45 ± 17.03				< 0.001*
≤ 30	995 (15.9)	27 (2.7)	968 (97.3)	
31-50	2,236 (35.7)	130 (5.8)	2,106 (94.2)	
51-60	1,318 (21.1)	107 (8.1)	1,211 (91.9)	
> 60	1,709 (27.3)	310 (18.1)	1,399 (81.9)	
สัญชาติ				< 0.001*
ไทย	5,851 (93.5)	558 (9.5)	5,293 (90.5)	
พม่า/กัมพูชา/ลาว/จีน/ปากีสถาน	373 (6.0)	13 (3.5)	360 (96.5)	
อื่นๆ	34 (0.5)	3 (8.8)	31 (91.2)	
อาชีพ				< 0.001*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/นักเรียน/นักศึกษา/นักบวช/ภิกษุ/ภิกษุณี	3,582 (57.2)	373 (10.4)	3,209 (89.6)	
เกษตรกร	187 (3.0)	22 (11.8)	165 (88.2)	
รับจ้าง/ลูกจ้าง	1,963 (31.4)	144 (7.3)	1,819 (92.7)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานเอกชน/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	269 (4.3)	12 (4.5)	257 (95.5)	
อื่น ๆ	257 (4.1)	23 (9.0)	234 (91.1)	
ระดับของสถานบริการสาธารณสุข				< 0.001*
โรงพยาบาลศูนย์/รพ.นอก สธ.	2,177 (34.8)	259 (11.9)	1,918 (88.1)	
โรงพยาบาลทั่วไป/รพ.เอกชน	2,011 (32.1)	136 (6.8)	1,875 (93.2)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปและปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ลักษณะและปัจจัย	ทั้งหมด 6,258 n (%)	เสียชีวิต 574 คน n (%)	ไม่เสียชีวิต 5,684 คน n (%)	p-value
โรงพยาบาลชุมชน	2,070 (33.1)	179 (8.6)	1,891 (91.4)	
ประเภทการเข้าถึงบริการ				0.293
ในเขตพื้นที่อาศัย	5,844 (93.4)	542 (9.3)	5,302 (90.7)	
นอกเขตพื้นที่อาศัย	414 (6.6)	32 (7.7)	382 (92.3)	
สิทธิ์การรักษา				<0.001*
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	3,897 (62.3)	445 (11.4)	3,452 (88.6)	
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	261 (4.2)	27 (10.3)	234 (89.7)	
สิทธิประกันสังคม	1,184 (18.9)	40 (3.4)	1,144 (96.6)	
จ่ายเอง/ประกันสุขภาพ/ประกันชีวิต	284 (4.5)	13 (4.6)	271 (95.4)	
อื่นๆ	632 (10.1)	49 (7.8)	583 (92.2)	
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)				<0.001*
18.5-22.9 (อยู่ในเกณฑ์ปกติ)	2,649 (42.3)	211 (8.0)	2,438 (92.0)	
< 18.5 (น้ำหนักน้อย/ผอม)	2,551 (40.8)	293 (11.5)	2,258 (88.5)	
23.0-24.9 (น้ำหนักเกิน)	554 (8.8)	37 (6.7)	517 (93.3)	
25.0 ขึ้นไป (โรคอ้วนระดับ 1, 2)	504 (8.1)	33 (6.6)	471 (93.4)	
การใช้สารเสพติด				0.235
ไม่ใช้	6,182 (98.8)	570 (9.2)	5,612 (90.8)	
ใช้	76 (1.2)	4 (5.3)	72 (94.7)	
ดื่มแอลกอฮอล์				0.002*
ไม่ดื่ม	6,150 (98.3)	555 (9.2)	5,595 (91.0)	
ดื่ม	108 (1.7)	19 (17.6)	89 (82.4)	
สูบบุหรี่				0.754
ไม่สูบ	5,746 (91.8)	529 (9.2)	5,217 (90.9)	
สูบ	512 (8.2)	45 (8.8)	467 (91.2)	
โรคไต				<0.001*
ไม่มี	6,141 (98.1)	536 (8.7)	5,605 (91.3)	
มี	117 (1.9)	38 (32.5)	79 (67.5)	
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				<0.001*
ไม่มี	6,068 (96.7)	541 (8.9)	5,527 (91.1)	
มี	190 (3.0)	33 (17.4)	157 (82.6)	
โรคเบาหวาน				<0.001*
ไม่มี	5,482 (87.6)	460 (8.4)	5,022 (91.6)	
มี	776 (12.4)	114 (14.7)	662 (85.3)	
โรคตับ				0.131
ไม่มี	6,229 (99.5)	569 (9.1)	5,660 (90.9)	
มี	29 (0.5)	5 (17.2)	24 (82.8)	
ไขมันในเลือดสูง				<0.001*
ไม่มี	6,107 (97.6)	547 (9.0)	5,560 (91.0)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปและปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ลักษณะและปัจจัย	ทั้งหมด 6,258 n (%)	เสียชีวิต 574 คน n (%)	ไม่เสียชีวิต 5,684 คน n (%)	p-value
มี	151 (2.4)	27 (17.9)	124 (82.1)	
โรคหอบหืด				0.317
ไม่มี	6,239 (99.7)	571 (9.1)	5,668 (90.9)	
มี	19 (0.3)	3 (15.8)	16 (84.2)	
โรคเกาต์				0.309
ไม่มี	6,231 (99.6)	570 (9.1)	5,661 (90.9)	
มี	27 (0.4)	4 (14.8)	23 (85.2)	
โรคหลอดเลือดสมอง				0.131
ไม่มี	6,229 (99.5)	569 (9.1)	5,660 (90.9)	
มี	29 (0.5)	5 (17.2)	24 (82.8)	
โรคหัวใจ				<0.001*
ไม่มี	6,223 (99.4)	562 (9.0)	5,661 (91.0)	
มี	35 (0.6)	12 (34.3)	23 (65.7)	
โรคอื่นๆ				0.688
ไม่มี	6,202 (99.1)	568 (9.2)	5,634 (90.8)	
มี	56 (0.9)	6 (10.7)	50 (89.3)	
การติดเชื้อเอชไอวี				<0.001*
ไม่ติดเชื้อ	4,714 (75.3)	396 (8.4)	4,318 (91.6)	
ติดเชื้อ	494 (7.9)	76 (15.4)	418 (84.6)	
ไม่ทราบสถานะ	1,050 (16.8)	102 (9.7)	948 (90.3)	
ผล AFB ก่อนเริ่มรักษา				0.034*
ลบ	2,295 (36.7)	194 (8.4)	2,101 (91.6)	
บวก	2,443 (39.0)	256 (10.5)	2,187 (89.5)	
ไม่ได้ตรวจ	1,362 (21.8)	109 (8.0)	1,253 (92.0)	
ไม่ทราบสถานะ	158 (2.5)	194 (8.4)	2,101 (91.6)	
การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค				0.325
ผู้ป่วยใหม่	5,819 (93.0)	528 (91.1)	5,291 (90.1)	
ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ	439 (7.0)	46 (10.5)	393 (89.5)	
ผลการทดสอบความไวต่อยา				0.001*
ไม่ดื้อยา	6,132 (98.0)	574 (9.4)	5,558 (90.6)	
ดื้อยา	126 (2.0)	0 (0.0)	126 (100.0)	
จังหวัดที่ขึ้นทะเบียนรักษา				<0.001*
จันทบุรี	495 (7.9)	66 (13.3)	429 (86.7)	
ฉะเชิงเทรา	746 (12.0)	87 (11.7)	659 (88.3)	
ชลบุรี	1,780 (28.4)	88 (4.9)	1,692 (95.1)	
ตราด	201 (3.2)	29 (14.4)	172 (85.6)	
ปราจีนบุรี	540 (8.6)	49 (9.1)	491 (90.9)	
ระยอง	762 (12.2)	64 (8.4)	698 (91.6)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปและปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ลักษณะและปัจจัย	ทั้งหมด 6,258 n (%)	เสียชีวิต 574 คน n (%)	ไม่เสียชีวิต 5,684 คน n (%)	p-value
สมุทรปราการ	1,264 (20.2)	143 (11.3)	1,121 (88.7)	
สระแก้ว	470 (7.5)	48 (10.2)	422 (89.8)	

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher exact test, *ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ปัจจัยที่ลดความเสี่ยงจากการศึกษานี้ คือ การรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลเอกชน (aRR = 0.64, 95% CI: 0.51-0.79) และโรงพยาบาลชุมชน (aRR = 0.54, 95% CI: 0.44-0.67) การใช้สิทธิประกันสังคม (aRR = 0.55, 95% CI: 0.39-0.78) ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) สำหรับปัจจัยด้าน สัญชาติ อาชีพ ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงแบบตัวแปรเดียวและพหุตัวแปร ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ปัจจัย	cRR (95% CI)	p-value	aRR (95% CI)	p-value
เพศ				
หญิง	1.00		1.00	-
ชาย	1.31 (1.09-1.57)	0.003*	1.22 (1.02-1.45)	0.022*
อายุ (ปี)				
≤ 30	1.00		1.00	-
31-50	2.14 (1.42-3.22)	<0.001*	2.01 (1.35-3.00)	0.001*
51-60	2.99 (1.97-4.52)	<0.001*	2.79 (1.85-4.22)	<0.001*
> 60	6.68 (4.54-9.82)	<0.001*	5.53 (3.74-8.16)	<0.001*
สัญชาติ				
ไทย	1.00		1.00	-
พม่า/กัมพูชา/ลาว/จีน/ปากีสถาน	0.36 (0.21-0.62)	0.001*	0.96 (0.52-1.77)	0.904
อื่นๆ	0.92 (0.31-2.73)	0.888	2.28 (0.75-6.94)	0.146
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/นักเรียน/นักศึกษา/นักบวช/ภิกษุ/ภิกษุณี	1.00		1.00	
เกษตรกร	1.12 (0.75-1.69)	0.554	0.88 (0.58-1.35)	0.577
รับจ้าง/ลูกจ้าง	0.70 (0.58-0.84)	<0.001*	1.00 (0.81-1.23)	0.969
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานเอกชน/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	0.42 (0.24-0.75)	0.003*	0.67 (0.38-1.19)	0.178
อื่น ๆ	0.85 (0.57-1.28)	0.460	0.81 (0.54-1.21)	0.318
ระดับของสถานบริการสาธารณสุข				
โรงพยาบาลศูนย์/รพ.นอก สธ.	1.00		1.00	
โรงพยาบาลทั่วไป/รพ.เอกชน	0.56 (0.46-0.69)	<0.001*	0.64 (0.51-0.79)	<0.001*

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงแบบตัวแปรเดียวและพหุตัวแปร ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ปัจจัย	cRR (95% CI)	p-value	aRR (95% CI)	p-value
โรงพยาบาลชุมชน	0.72 (0.60-0.87)	0.001*	0.54 (0.44-0.67)	<0.001*
ประเภทการเข้าถึงบริการ				
ในเขตพื้นที่อาศัย	1.00			
นอกเขตพื้นที่อาศัย	0.83 (0.59-1.17)	0.297	-	-
สิทธิ์การรักษา				
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1.00		1.00	
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0.90 (0.62-1.30)	0.598	0.80 (0.55-1.17)	0.260
สิทธิประกันสังคม	0.29 (0.21-0.40)	<0.001*	0.55 (0.39-0.78)	0.001*
จ่ายเอง/ประกันสุขภาพ/ประกันชีวิต	0.40 (0.23-0.69)	0.001*	0.62 (0.35-1.11)	0.114
อื่นๆ	0.67 (0.51-0.90)	0.007*	1.02 (0.74-1.40)	0.895
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)				
18.5-22.9 (อยู่ในเกณฑ์ปกติ)	1.00		1.00	
< 18.5 (น้ำหนักน้อย/ผอม)	1.44 (1.21-1.70)	<0.001*	1.39 (1.21-1.70)	<0.001*
23.0-24.9 (น้ำหนักเกิน)	0.83 (0.59-1.17)	0.306	0.77 (0.55-1.08)	0.135
25.0 ขึ้นไป (โรคอ้วนระดับ 1, 2)	0.49 (0.57-1.17)	0.278	0.79 (0.56-1.12)	0.203
ดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	1.00		1.00	
ดื่ม	1.94 (1.28-2.95)	0.002*	2.09 (1.32-3.32)	0.002*
โรคไต				
ไม่มี	1.00		1.00	
มี	3.72 (2.83-4.89)	<0.001*	2.32 (1.69-3.18)	<0.001*
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
ไม่มี	1.00		1.00	
มี	1.94 (1.41-2.68)	<0.001*	1.42 (1.03-1.96)	0.032*
โรคเบาหวาน				
ไม่มี	1.00		1.00	
มี	1.75 (1.44-2.11)	<0.001*	1.43 (1.18-1.75)	<0.001*
ไขมันในเลือดสูง				
ไม่มี	1.00		1.00	
มี	1.99 (1.40-2.83)	<0.001*	1.16 (0.83-1.63)	0.373
โรคหัวใจ				
ไม่มี	1.00		1.00	
มี	3.79 (2.38-6.04)	<0.001*	1.45 (0.89-2.34)	0.129
การติดเชื้อเอชไอวี				
ไม่ติดเชื้อ	1.00		1.00	
ติดเชื้อ	1.83 (1.45-2.29)	<0.001*	2.90 (2.26-3.72)	<0.001*
ไม่ทราบสถานะ	1.15 (0.94-1.42)	0.169	1.24 (1.01-1.54)	0.040*

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงแบบตัวแปรเดียวและพหุตัวแปร ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ปัจจัย	cRR (95% CI)	p-value	aRR (95% CI)	p-value
ผล AFB ก่อนเริ่มรักษา				
ลบ	1.00		1.00	
บวก	1.23 (1.03-1.48)	0.018*	1.44 (1.21-1.71)	<0.001*
ไม่ได้ตรวจ	0.94 (0.75-1.18)	0.633	1.13 (0.90-1.42)	0.265
ไม่ทราบสถานะ	1.12 (0.68-1.85)	0.649	1.41 (0.88-2.25)	0.146
ผลการทดสอบความไวต่อยา				
ไม่ดื้อยา	1.00		1.00	
ดื้อยา	2.27 (1.88-2.75)††	<0.001*	1.01 (1.48-6.88)††	<0.001*

95%CI = 95% Confidence Interval, cRR=crude risk ratio, aRR= adjusted risk ratio, †Multivariable Poisson regression statistic, †† ค่า RR x 10^{-10}

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตสุขภาพที่ 6 โดยประยุกต์ใช้การถดถอยปัวซองแบบปรับปรุง (Modified Poisson regression) ที่มีการประมาณค่าความแปรปรวน เพื่อคำนวณความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative Risk: RR) ทั้งนี้วิธีดังกล่าวได้รับการยืนยันทางสถิติว่ามีความเหมาะสมกว่าการใช้อัตราส่วนออดส์ (Odds Ratio: OR) สำหรับการวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มีความชุกสูง เนื่องจากให้ค่าประมาณความเสี่ยงที่ปราศจากอคติและสะท้อนขนาดของผลที่แท้จริงได้อย่างแม่นยำกว่า[6] การศึกษานี้พบอัตราตายระหว่างรักษาวัณโรคในเขตสุขภาพที่ 6 ร้อยละ 9.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวรรณ สมทรง[7] พบว่าอัตราตายของผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดสกลนคร พบร้อยละ 10.1 ตรงข้ามกับการศึกษาของ Gupta และคณะ[8] ที่ทำการศึกษาอัตราตายโดยรวมของผู้ป่วยวัณโรคในแอฟริกาใต้ที่พบสูงถึง ร้อยละ 13.5 ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากอัตราการติดเชื้อ HIV ร่วมที่ต่ำกว่าและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้พบว่า อายุ 31-50 ปี มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต (aRR = 2.01; 95% CI: 1.35-3.00) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Xie และคณะ[9] พบว่าความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.9 ต่อปีอายุที่เพิ่มขึ้น (aHR =1.06; 95% CI 1.05–1.06) การศึกษานี้ยังพบว่า กลุ่มอายุ ≥65 ปี ขึ้นไปมักมีโรคร่วมเรื้อรัง ภูมิคุ้มกันต่ำ จึงอาจมีอาการไม่ชัดเจน ทำให้การวินิจฉัยล่าช้าและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในระยะแรกของการรักษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนินท์ จิรโชติชื่นทวีชัย และ สุกฤษฎิ์ กาญจนสุระกิจ[10] ที่พบว่าอายุมากกว่า 65 ปี ร่วมกับการมีโรคถุงลมโป่งพองเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (OR = 4.01; 95% CI: 2.09–7.70)

ระดับสถานบริการสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค โดยพบว่าผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลชุมชนมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตน้อยกว่าผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลนอกกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 36 และร้อยละ 46 ตามลำดับ อาจเนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์มักเป็นสถานพยาบาลระดับสูงสุดที่รับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีโรคร่วมซับซ้อน มากกว่า ทำให้สัดส่วนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับนี้สูงกว่า ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับพื้นที่ การดูแลติดตามผู้ป่วยทำได้ต่อเนื่องดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Saisudjarit และคณะ[11] อธิบายว่าบริบทของระบบบริการและประเภทของสถาน

พยาบาลมีผลต่อผลลัพธ์การรักษาอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานเป็นปัจจัยที่พบความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต (aRR = 1.39; 95%CI: 1.21-1.70) สอดคล้องกับการศึกษาของ Waitt และ Squire ที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าหลายการศึกษารายงานความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย (BMI) ต่ำกับการเสียชีวิต โดยผู้ป่วยที่มี BMI ต่ำกว่า 18.5 กก./ม² มักมีความเสี่ยงการเสียชีวิตระหว่างหรือหลังการรักษาวัณโรคสูงกว่าผู้ที่มี BMI ปกติประมาณ 2–4 เท่า[4] อาจเนื่องจากการมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ทำให้ความสามารถในการตอบ สนองต่อยาวัณโรคที่ลดลง รวมถึงการที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้มีความเสี่ยงต่อความล้มเหลวในการรักษาและการเสียชีวิตที่สูงขึ้น

ผู้ป่วยวัณโรคที่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการเสียชีวิต โดยผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่มถึง 2.09 เท่า (aRR = 2.09; 95%CI: 1.32-3.32) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shin และคณะ ที่พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์สัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคที่ไม่ดี ได้แก่ การเสียชีวิต การขาดยา เพิ่มสูงขึ้นประมาณ 2 เท่า[12] โดยระบุว่าแอลกอฮอล์อาจส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันและอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา

ภาวะโรคร่วมเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่สำคัญต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยเฉพาะโรคไต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตสูงที่สุดในกลุ่มโรคร่วม (aRR = 2.32; 95% CI: 1.69–3.18) สอดคล้องกับการศึกษาของ Beau Z Carr และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคไตร่วมด้วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงถึง 4-8 เท่า[13] นอกจากนี้ ผู้ป่วยเบาหวานในการศึกษานี้มีค่า aRR = 1.43 (95% CI: 1.18–1.75) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Lertsakulbunlue และคณะ[14] พบว่าการใช้อินซูลินซึ่งสะท้อนถึงสภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี มีค่า aHR 4.62 (95% CI 1.11–19.21) ในผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคเบาหวานร่วม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Saisudjarit และคณะ[11] เกี่ยวกับการจัดการน้ำตาลในเลือดที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาวัณโรค เช่นเดียวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เพิ่มความเปราะบางของระบบทางเดินหายใจและเพิ่มโอกาสเสียชีวิต

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ร่วมมีค่า aRR = 2.90 (95% CI: 2.26–3.72) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gatechompol และคณะ[15] ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ HIV มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 3.31 เท่า (aOR 3.31; 95% CI 1.84–5.91) ส่วนผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้รับยา ART มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างรักษาวัณโรค aOR 3.59 (95% CI 1.30–9.92) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยวัณโรคในเขตสุขภาพที่ 6 ควรจะได้รับการคัดกรอง HIV ทุกรายและควรเริ่มยารักษา ART โดยเร็ว

ผู้ป่วยที่มีผลเสมหะบวก (AFB+) ในการศึกษานี้มีค่า aRR = 1.44 (95% CI: 1.21–1.71) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Xie และคณะ[9] รายงานค่า aHR 1.89 (95% CI 1.495–2.395) ผลตรวจเสมหะบวกในการตรวจครั้งแรกที่มีค่าบวกสูงๆ มักสะท้อนถึงปริมาณเชื้อที่สูงด้วย และรวมถึงความรุนแรงของโรค ผลการศึกษานี้พบว่าผลการทดสอบความไวต่อยามีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลดื้อยาไม่พบรายงานการเสียชีวิตในการศึกษานี้ ซึ่งอาจเกิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีผลดื้อยาในฐานข้อมูลมีจำนวนน้อย แต่เมื่อพิจารณาค่าความเสี่ยง aRR =1.01 (95% CI 1.48-6.88) จะให้ผลสอดคล้องกับงานวิจัยของ Xie และคณะ[7] ที่ระบุว่าเชื้อวัณโรคดื้อยาเป็นปัจจัยพยากรณ์โรคที่ไม่ดีและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (aHR 1.89; 95% CI 1.49–2.39) และสอดคล้องกับ Asres และคณะ[16] พบว่าผู้ป่วยที่มีผลการรักษามีเชื้อดื้อยามีความเสี่ยง

ต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป aHR 2.01 (95% CI 1.50–2.52) เนื่องจากความซับซ้อนในการบริหารยาและผลข้างเคียงจากการใช้ยา

นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต คือ การรักษาในโรงพยาบาลชุมชน (aRR 0.54; 95%CI: 0.44-0.67) และโรงพยาบาลทั่วไป (aRR 0.64; 95%CI: 0.51-0.79) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ชิดและเข้าถึงง่ายในระดับปฐมภูมิมากกว่าโรงพยาบาลศูนย์ที่มักรับผู้ป่วยรายรุนแรงหรือส่งต่อ ส่วนการใช้สิทธิประกันสังคม (aRR 0.55; 95%CI: 0.39-0.78) สัมพันธ์กับกลุ่มวัยแรงงานที่มีสถานะทางเศรษฐสังคมดีกว่ากลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สอดคล้องกับ Seubsman และคณะ ที่พบว่าผู้ที่มีสิทธิประกันสังคมส่วนใหญ่มีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมสูงกว่าและมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า[17] ซึ่งสอดคล้องกับ Osman และคณะ ที่ระบุว่าระดับสถานบริการส่งผลต่ออัตราตายจากความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน[18]

ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนาระบบคัดกรองความเสี่ยงรายบุคคล โดยใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 กก./ม.² และประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษา และบูรณาการการดูแลแบบ one-stop service ระหว่างคลินิกวัณโรคและคลินิกโรคเรื้อรัง (NCDs) โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วมเพื่อลดการเสียชีวิตในกลุ่มดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization (WHO).(2023). Global tuberculosis report 2023 [Internet]. 2025 [cited 2026 Jan 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

2.กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานสถานการณ์และผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ปี พ.ศ. 2562-2566 (2567) [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ม.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tbthailand.org

3.Chung-Delgado K, Guillen-Bravo S, Revilla-Montag A, et al.(2015). Mortality among MDR-TB cases: comparison with drug-susceptible tuberculosis and associated factors. PLoS One. 2015;10(3):e0116143.

4.Waitt CJ, Squire SB.(2011). A systematic review of risk factors for death in adults during and after tuberculosis treatment. Int J Tuberc Lung Dis. 2011;15(7):871–85.5.

5.Fleiss J, Levin B, Paik MC.(2013). Statistical Methods for Rates and Proportions. 3rd ed. New York: Wiley; 2013.

6.Zou G.(2004). A modified Poisson regression approach to prospective studies with binary data. Am J Epidemiol. 2004 Apr 1;159(7):702–6.

7.วิลาวรรณ สมทรง.(2562). ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป. วารสารควบคุมโรค 2562;45(2):191-200.

8.Gupta, A., Wood, R., Kaplan, R., Bekker, L.-G., & Lawn, S. D. (2013). Prevalent and incident tuberculosis are independent risk factors for mortality among patients accessing antiretroviral therapy in South Africa PLoS ONE, 8(2), Article e55824.

9.Xie, Y., Han, J., Yu, W., Wu, J., Li, X., & Chen, H. (2020). Survival analysis of risk factors for mortality in a cohort of patients with tuberculosis. Canadian Respiratory Journal 2020, Article 1654653.

10.ธนินท์ จิรโชติชื่นทวีชัย, สุกฤษฎิ์ กาญจนสุระกิจ.(2565). การพัฒนาเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (CEAMS-65 score). (PMJCS) วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2565; 30(1):127-42.

11.Saisudjarit P, Saokaew S, Duangjai A, Prasatkhetragarn A, Kanchanasurakit S, Phisalprapa P.(2025). Development and validation of clinical prediction score for mortality in tuberculosis patients. Narra J 2025 Aug;5(2):e1701.

12.Shin S, Vynnycky E, Balasubramanian R, Zignol M, Glaziou P, Charalambous S, et al.(2020). The impact of alcohol use on tuberculosis treatment outcomes: a systematic review and meta-analysis. Int J Tuberc Lung Dis. 2020;24(1):73–82.

13.Carr BZ, Briganti EM, Musemburi J, Jenkin GA, Denholm JT.(2022). Effect of chronic kidney disease on all-cause mortality in tuberculosis disease: an Australian cohort study. BMC Infect Dis. 2022 Feb 2;22(1):116.

14.Lertsakulbunlue S, Kunsuwan P, Rangsin R, Sakboonyarat B.(2020). Pulmonary tuberculosis mortality and its risk factors among patients with type 2 diabetes and pulmonary tuberculosis in four community hospitals, central Thailand. Journal of Southeast Asian Medical Research 2020; 6(2), 72–84.

15.Gatechompol S, Kawkitinarong K, Suwanpimolkul G, Kateruttanakul P, Manosuthi W, Sophonphan J, et al.(2019). Treatment outcomes and factors associated with mortality among individuals with both TB and HIV in the antiretroviral era in Thailand. Journal of virus eradication 2019; 5(4):225-30.

16.Asres A, Mulugeta A, Hussen M, et al.(2021). Predictors of mortality in patients with drug-resistant tuberculosis: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2021;16(6):e0253848.

17.Seubsman S, Kelly M, Suttipong C, et al.(2023). Socioeconomic inequalities in health outcomes among Thai older adults under the three public health security schemes: Evidence from the Health and Welfare Surveys. PLoS One. 2023;18(8):e0289830.

18.Osman M, van Schalkwyk C, Naidoo P, Seddon JA, Dunbar R, Dlamini SS, et al.(2021). Mortality during tuberculosis treatment in South Africa using an 8-year analysis of the national tuberculosis treatment register. Scientific reports 2021 Aug 5;11(1):15894.

การหาปริมาณ rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว ด้วยวิธี Ultra-High Performance Liquid Chromatography

Quantitative Analysis of Rosmarinic Acid in Dry Extract of Orthosiphon aristatus (Blume) Miq. Leaves utilizing Ultra-High Performance Liquid Chromatography.

(Received: March 15,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 26,2026)

สิริชัย กระบี่ศรี[1] ยาบารียะห์ สะมาแห[2] กรวิกา จารุพันธ์[2] ศิริวรรณ ชัยสมบูรณ์พันธ์[2]
Sirichai Krabesri[1*] Yabareeyah Samahae[2] Kornvika Charupant[2] Siriwan Chaisomboonpan[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปริมาณ rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว ด้วยวิธี Ultra-High Performance Liquid Chromatography (UHPLC) โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน 1) พัฒนาวิธีการเตรียมสารสกัดแห้งจากวัตถุดิบหญ้าหนวดแมวด้วยตัวทำละลาย ethanol โดยวิธี sonication และ reflux 2) ตรวจสอบความถูกต้องของวิธีวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์ ICH guideline ด้วยเทคนิคโครมาโทกราฟีชนิดของเหลวประสิทธิภาพสูงด้วยเครื่อง UHPLC 3) วิเคราะห์หาปริมาณ rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งหญ้าหนวดแมว ผลการทดสอบพบว่าวิธีการทำสารสกัดแห้งจากหญ้าหนวดแมวด้วยตัวทำละลาย 70% v/v ethanol โดย sonication เป็น เวลา 70 นาที ซึ่งเป็นการสภาวะการสกัดที่เหมาะสมที่ได้ปริมาณสารสำคัญ rosmarinic acid สูงสุด และสภาวะของระบบโครมาโทกราฟีที่เหมาะสมที่ใช้ในการแยกสาร rosmarinic acid คือใช้คอลัมน์ชนิด C18 ขนาด 4.6 x150 มิลลิเมตร ขนาดอนุภาค 5 ไมโครเมตร เป็นวัฏภาคคงที่และใช้ acetonitrile และ 0.1% formic acid ใน water (30:70) แบบ isocratic อัตราการไหล 0.5 ml/min เป็นวัฏภาคเคลื่อนที่ ตรวจวัดด้วย DAD ที่ความยาวคลื่น 330 nm จะปรากฏตำแหน่ง peak ของสาร rosmarinic acid ที่ retention time ในช่วง 9.6-9.7 นาที โดยวิธีดังกล่าวมีความจำเพาะเจาะจง และมีช่วงการวิเคราะห์ที่มีความสัมพันธ์เป็นเส้นตรงในช่วงความเข้มข้น 20-160 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร และมีปริมาณ rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว จำนวน 12 ตัวอย่าง มีค่า 1.34-4.13 และ ค่าเฉลี่ย 2.09±0.83 ร้อยละโดยน้ำหนัก วิธีวิเคราะห์ที่พัฒนาขึ้นนี้ มีข้อได้เปรียบเหนือกว่าวิธีการวิเคราะห์ที่มีรายงานไว้ก่อนหน้านี้ ในแง่ของความเรียบง่ายและเวลาที่รวดเร็วในวิธีเตรียมตัวอย่าง และการเตรียมวัฏภาคเคลื่อนที่

คำสำคัญ: rosmarinic acid หญ้าหนวดแมว UHPLC

Abstract

This study aimed to determine rosmarinic acid content in the dry extract of *Orthosiphon aristatus* (Blume) Miq leaves utilizing Ultra-High Performance Liquid Chromatography (UHPLC). The research was divided into three parts: 1) development of an extraction method of the dry extract from *O. aristatus* leaves using sonication and reflux extraction with ethanol; 2) validation of the analytical method using Ultra-High Performance Liquid Chromatography (UHPLC) in accordance with ICH guideline; 3) determination of rosmarinic acid content in the dry extract.The optimal extraction condition of preparation of the dry extract to obtain high rosmarinic acid content was determined to be sonication extraction with 70% v/v ethanol for 70 minutes. The optimized chromatographic system utilized a C18 column (4.6 x 150 mm, 5 µm) as the stationary phase. The mobile phase consisted of an isocratic mixture of acetonitrile and 0.1% formic acid in water (30:70), with a flow rate of 0.5 ml/min and detection at 330 nm. Under these conditions, the peak for rosmarinic acid appeared at a retention time of 9.6–9.7 minutes.

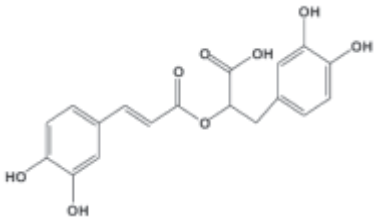
The method demonstrated high specificity and excellent linearity within the concentration range of 20 –1 60 µg/ml.The analysis of 12 samples of the extract revealed a rosmarinic acid content ranging from 1.34 % to 4.13 % w/w and the mean was 2.09±0.83 %w/w. The developed analytical method offers significant advantages over previously reported methods due to its simplicity and reduced time required for both sample and mobile phase preparation.

Keywords: rosmarinic acid *Orthosiphon aristatus* (Blume) Miq., UHPLC

[1] สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000 ผู้รับผิดชอบบทความ: sirichai.k@dmsc.mail.go.th
[2] สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000

บทนำ

หญ้าหนวดแมว (Java Tea) หรือ พยับเมฆ มีชื่อวิทยาศาสตร์คือ *Orthosiphon aristatus* (Blume) Miq. หรือชื่อพ้อง *Orthosiphon staminieus* Benth. เป็นพืชสมุนไพรในวงศ์ Lamiaceae[1] ที่มีการใช้มาอย่างยาวนานในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย[2,3] หญ้าหนวดแมวมีสรรพคุณลดไข้ ขับปัสสาวะ ขับนิ่ว และยังสามารถใช้รักษาโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ โรคเบาหวาน โรคไขข้ออักเสบ เป็นต้น[2,4,5,6,7,8] ปัจจุบันหญ้าหนวดแมวได้รับการบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร ชนิดยาชง[2] และนอกจากนี้ยังมีขึ้นทะเบียน และจำหน่ายเป็นสารสกัดชนิดยาแคปซูล และยาเม็ดในท้องตลาดด้วย มีการศึกษาองค์ประกอบทางเคมีพบว่าส่วนใหญ่เป็นสารกลุ่ม phenolic compound ได้แก่ rosmarinic acid, 3'-hydroxy-5, 6, 7, 4' tetramethoxyflavone (TMF), sinensetin และ eupatorin เป็นต้น[9] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสารสกัดจากหญ้าหนวดแมวมีฤทธิ์ต้านการสร้างหลอดเลือดใหม่[4] ต้านเบาหวาน[7,8]ต้านอนุมูลอิสระ[9,10,11,12] ต้านการอักเสบ[12] ต้านมะเร็งต่อมลูกหมาก[13] โดยสารสำคัญที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาคือ rosmarinic acid ซึ่งเป็นสารประกอบฟีนอลิกที่มีฤทธิ์ทางชีวภาพหลากหลาย เช่น ต้านอนุมูลอิสระ ต้านการอักเสบ และช่วยป้องกันการสะสมของผลึกนิ่วในไต[4,5] ดังนั้น rosmarinic acid จึงเป็นสารสำคัญที่สามารถใช้เป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพในหญ้าหนวดแมวซึ่งสอดคล้องกับใน European Pharmacopoeia อย่างไรก็ตามในตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย (Thai Herbal Pharmacopoeia: THP) ฉบับปัจจุบัน พบว่ามีข้อกำหนดมาตรฐานของหญ้าหนวดแมว ในด้านตรวจพิสูจเอกลักษณ์ และค่าทางฟิสิกส์-เคมีไว้แล้ว แต่ยังไม่มีข้อกำหนดมาตรฐานในหัวข้อการหาปริมาณสารสำคัญไว้สำหรับวัตถุดิบ อีกทั้งยังไม่มีมาตรฐาน สารสกัด และผลิตภัณฑ์ด้วย[1] การกำหนดเกณฑ์มาตรฐานดังกล่าวจะช่วยควบคุมคุณภาพของสารสกัด ทำให้สามารถรับประกันความสม่ำเสมอของปริมาณสารสำคัญในแต่ละรุ่นการผลิต (Batch) ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิผลในการรักษาของผู้ป่วยได้



Pic 1 Chemical structure of Rosmarinic acid

การหาปริมาณ rosmarinic acid นั้น สามารถใช้วิธีทางโครมาโทกราฟีของเหลวประสิทธิภาพสูง (High-Performance Liquid Chromatography: HPLC) ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานที่สำคัญอันหนึ่งสำหรับการวิเคราะห์ปริมาณสารสำคัญในสมุนไพร เนื่องจากมีความถูกต้อง (accuracy) ความแม่นยำ (precision) และความจำเพาะเจาะสูง (specificity)[14] แม้ว่าใน European Pharmacopoeia จะมีมอโนกราฟหญ้าหนวดแมว ซึ่งมีข้อกำหนดและวิธีการหาปริมาณสาร rosmarinic acid แต่ไม่มีมอโนกราฟสารสกัดแห้งของหญ้าหนวดแมว[15] จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาวิธีมาตรฐาน รวมถึงการหาค่ามาตรฐานของ rosmarinic acid และตรวจสอบความถูกต้องของวิธีวิเคราะห์ (Method Validation) ตามแนวทางของ ICH guideline[16] เพื่อให้มั่นใจว่าวิธีที่พัฒนานั้นสามารถนำไปใช้งานได้จริงในห้องปฏิบัติการควบคุมคุณภาพยาสมุนไพร

วัตถุประสงค์

เพื่อหาปริมาณ rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว ด้วยวิธี Ultra-High Performance Liquid Chromatography (UHPLC)

วิธีการศึกษา

1.วัสดุ

1.1 สารมาตรฐาน

rosmarinic acid ความบริสุทธิ์ ≥ 96.0% (USP)

1.2 สารเคมีและตัวทำละลาย

acetonitrile (HPLC grade, Carlo erba reagents), ethanol (HPLC grade, Carlo erba reagents), water (water type I), formic acid (AR grade)

1.3 เครื่องมือและอุปกรณ์

Ultra-High Performance Liquid Chromatograph (UHPLC) รุ่น Ultimate 3000,

ThermoFisher SCIENTIFIC, คอลัมน์ Verticep® C18 ขนาด 4.6x150 มิลลิเมตร, 5 ไมโครเมตร, guard cartridge Verticep® C18 ขนาด 4.6x10 มิลลิเมตร ขนาดอนุภาค 5 ไมโครเมตร, เครื่องเขย่าความถี่สูง (Sonicate) รุ่น Branson 1200, ชุด reflux, เตาไฟฟ้า, กระดาษกรอง Whatman®เบอร์ 1, PVDF(HL) syringe filter ขนาด 0.2 µm, เครื่องบดปั่น, เครื่องชั่ง Mettler Toledo รุ่น XP 205DR, เครื่องชั่ง Mettler รุ่น XP2U, rotary evaporator (Buchi I-300), Freeze dryer (Labogene Scanvac coolSafe), เครื่องแก้ว

1.4 ตัวอย่างหญ้าหนวดแมว

ตัวอย่างวัตถุดิบใบ รวมยอดอ่อน (stem tip) ของหญ้าหนวดแมวแห้ง จำนวน 11 แหล่งตัวอย่าง ได้จาก จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดอ่างทอง จังหวัดนครปฐม จังหวัดนครนายก จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดราชบุรี จังหวัดอุตรดิตถ์ จังหวัดนนทบุรี แหล่งละ 1 ตัวอย่าง และจังหวัดกรุงเทพ 2 ตัวอย่าง ส่วนตัวอย่างสด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย 1 ตัวอย่าง รวมทั้งหมด 12 ตัวอย่าง ทั้งนี้ตัวอย่างทั้งหมด อบที่อุณหภูมิ 50 °C เป็นเวลา 6 ชั่วโมง โดยตัวอย่างดังกล่าวผ่านการตรวจระบุชื่อชนิด (plant identification) ตามข้อกำหนดตามตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย ก่อนที่จะนำไปทดสอบนั้นต้องผ่านการบดเป็นผงผ่านแร่งเบอร์ 30

2.ขั้นตอนการศึกษา

2.1 การเตรียมสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว

ในกรณีเปรียบเทียบวิธีการสกัด เตรียมสารสกัดแห้งของผงใบหญ้าหนวดแมวจำนวน 1 ตัวอย่างแต่ละตัวทำละลายสกัด และวิธี จำนวน 3 ซ้ำ โดยสกัด 5 กรัม ด้วย 60% v/v ethanol หรือ 70% v/v ethanol ปริมาตร 50 มิลลิลิตร ด้วยวิธี reflux หรือ sonication เป็นเวลา 30 และ 70 นาที กรอง ทำให้เข้มข้น ด้วยเครื่องระเหยสุญญากาศ (rotary evaporator) และ ทำให้แห้งด้วยวิธีระเหิดด้วยความเย็น (freeze drying) และเก็บที่อุณหภูมิ 2-8 °C เมื่อได้ตัวทำละลาย และวิธีที่เหมาะสมแล้ว สกัดตัวอย่างหญ้าหนวดแมวที่เหลือ

การพัฒนาวิธีวิเคราะห์หาปริมาณสาร rosmarinic acid ในสารสกัดแห้ง

การพัฒนาวิธีวิเคราะห์เพื่อหาปริมาณสาร rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว ด้วยเครื่อง UHPLC โดยการเลือกใช้คอลัมน์ และการตรวจวัดด้วย DAD ความยาวคลื่นที่เหมาะสม รวมทั้งการปรับอัตราส่วนของสารละลายตัวพา และเวลาการเคลื่อนที่ให้เหมาะสมสำหรับวิเคราะห์สาร rosmarinic acid ซึ่งทำให้ใช้เวลาในการวิเคราะห์เร็ว ถูกต้อง และแม่น

วิธีวิเคราะห์

การสร้างกราฟมาตรฐาน (calibration curve)

ชั่งสารมาตรฐาน rosmarinic acid 10 มิลลิกรัม ใน volumetric flask ขนาด 50 มิลลิลิตร เติม 50% v/v ethanol ปริมาตร 10 มิลลิลิตร เขย่าแล้วปรับปริมาตรจนครบเพื่อเตรียมสารละลายมาตรฐานตั้งต้น และเตรียมสารละลายมาตรฐาน rosmarinic acid จากสารละลายมาตรฐานตั้งต้น เพื่อให้ได้ความเข้มข้น 20-160 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร

การเตรียมสารละลายตัวอย่าง

เตรียมสารละลายของสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว โดยละลายสารสกัดจำนวน 25 มิลลิกรัม ด้วย 50% v/v ethanol ปริมาตร 10 มิลลิลิตร sonicate เป็นเวลา 5 นาที และปรับปริมาตรด้วยตัวทำละลายเดียวกันให้ครบ 20 มิลลิลิตร กรองผ่าน PVDF(HL) syringe filter 0.2 µm

สภาวะเครื่องโครมาโทกราฟีชนิดของเหลวประสิทธิภาพสูง

ในการทดสอบวิธีวิเคราะห์นี้ใช้คอลัมน์ Verticep® ชนิด C18 ขนาด 4.6x150 มิลลิเมตร ขนาดอนุภาค 5 ไมโครเมตร และ guard cartridge Verticep® C18 ขนาด 4.6x10 มิลลิเมตร อนุภาค 5 ไมโครเมตร ตั้งค่าอุณหภูมิคอลัมน์ที่ 25 °C สารละลายตัวพาเป็นส่วนผสมระหว่าง acetonitrile และ 0.1 % formic acid ในน้ำ ในอัตราส่วน 30:70 แบบ isocratic อัตราการไหล 0.5 ml/min ปริมาตรการฉีด 20 µl ตรวจวัดด้วย DAD ที่ความยาวคลื่น 330 nm

ความเหมาะสมของระบบ (system suitability)

ฉีดสารละลายมาตรฐาน rosmarinic acid ความเข้มข้น 80 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร 5 ซ้ำ เพื่อตรวจสอบ

ความเหมาะสมของระบบโครมาโทกราฟโดยมีค่า %RSD ≤ 2 ก่อนการสร้างกราฟมาตรฐาน

2.2 การทดสอบความใช้ได้ของวิธีวิเคราะห์ (method validation)

ทดสอบความใช้ได้ของวิธีวิเคราะห์ปริมาณสาร rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของหญ้าหนวดแมว ที่พัฒนาขึ้นตามแนวปฏิบัติการทดสอบความถูกต้องของวิธีวิเคราะห์ทางเคมี[16]

การทดสอบความจำเพาะ (specificity)

ผลจากการวิเคราะห์สารละลายมาตรฐาน และสารละลายตัวอย่างพบว่า ภายใต้สภาวะ UHPLC ที่พัฒนาขึ้น สามารถแยกสาร rosmarinic acid ออกจากสารอื่นได้ ไม่มี coelute หรือการรบกวนของสารอื่นในตัวอย่าง และ พิจารณา peak purity

การทดสอบความเป็นเส้นตรงและช่วงของการวิเคราะห์ (linearity and range)

เตรียมสารละลายมาตรฐาน rosmarinic acid โดยชั่งสารมาตรฐาน rosmarinic acid จำนวน 10 มิลลิกรัม ละลายด้วย 50 %v/v ethanol และปรับปริมาตรใน volumetric flask จนครบ 50 มิลลิลิตร จะได้ stock solution ของสารละลายมาตรฐาน rosmarinic acid ความเข้มข้น 0.2 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร แล้วเจือจางให้ได้สารละลายในช่วงระดับความเข้มข้น คือ 20 ถึง 160 ไมโครกรัม/มิลลิลิตร วิเคราะห์สารละลายมาตรฐาน rosmarinic acid ที่เตรียมได้ด้วยเครื่อง UHPLC ความเข้มข้นละ 3 ซ้ำ และนำค่าพื้นที่ใต้พีค และความเข้มข้นของสารละลายมาตรฐาน rosmarinic acid ไปสร้างกราฟมาตรฐาน (calibration curve) คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient, r) โดยมีเกณฑ์การยอมรับคือค่า r ต้องมีค่าไม่น้อยกว่า 0.999

การทดสอบความแม่น (accuracy) โดยการทดสอบหาร้อยละของการคืนกลับ (% recovery)

เตรียม sample blank (sample blank คือ ตัวอย่างสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมวที่นำมาละลายและ ตรวจวิเคราะห์หาปริมาณ rosmarinic acid แล้วพบว่า มีปริมาณสาร rosmarinic acid ในปริมาณน้อย ๆ) ละลายสารสกัดดังกล่าว จำนวน 25 มิลลิกรัม ด้วย 50% v/v ethanol ปริมาตร 5 มิลลิลิตร และ sonicate ป็นเวลา 5 นาที และปรับปริมาตรด้วยตัวทำละลายเดียวกันให้ครบ 20 มิลลิลิตร กรองผ่าน PVDF(HL) syringe filter 0.2 µm นำสารละลายที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยเครื่อง UHPLC จำนวน 6 ซ้ำ แล้ว นำมาหาค่าเฉลี่ย (mean)

เตรียม spiked sample โดยเติมสารละลายสารมาตรฐาน rosmarinic acid ที่ 3 ระดับความเข้มข้น ซึ่งเป็นจุดต่ำสุด จุดกึ่งกลาง และจุดสูงสุดของช่วงใช้งานลงใน sample blank ระดับละ 3 ซ้ำ จากนั้น นำสารละลาย spiked sample ที่ได้ไปวิเคราะห์ปริมาณสาร rosmarinic acid ด้วยเครื่อง UHPLC ความเข้มข้นละ 2 ซ้ำ คำนวณหาค่า % recovery ที่แต่ละระดับความเข้มข้น หาค่าเฉลี่ยของค่าร้อยละของการคืนกลับ (% mean recovery) ค่าร้อยละของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสัมพัทธ์ (% relative standard deviation, % RSD) โดยมีเกณฑ์การยอมรับคือ ค่า % mean recovery ต้องอยู่ในช่วง 95-105 ค่า % RSD

การทดสอบความเที่ยง (precision)

repeatability: ทำโดยวิเคราะห์หาปริมาณสาร rosmarinic acid ในสารละลายของสารสกัดแห้ง ซ้ำ 6 ครั้ง ในวันเดียวกัน คำนวณหาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสัมพัทธ์ (% RSD) โดยมีเกณฑ์การยอมรับ คือ % RSD ต้องไม่เกิน 2.0

intermediate precision: ทำโดยวิเคราะห์หาปริมาณสาร rosmarinic acid ในสารละลายของสารสกัดแห้ง 6 ซ้ำ จำนวน 3 วัน ในสภาวะเดียวกับข้างต้นแต่เปลี่ยนนักวิเคราะห์ วัน และเวลา คำนวณหาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสัมพัทธ์ (% RSD) โดยมีเกณฑ์การยอมรับคือ % RSD ต้องไม่เกิน 2.0

ความทนของวิธี (robustness)

เปลี่ยนสัดส่วนสารละลายตัวพาดังนี้ อัตราส่วนผสมระหว่าง acetonitrile และ 0.1% formic acid ในอัตราส่วน 28:72,30:70 และ 32:68 เปลี่ยนอัตราการไหลของตัวพา ดังนี้ 0.4 ml/min, 0.5 ml/minและ 0.6 ml/min เปลี่ยนอุณหภูมิของคอลัมน์ ดังนี้ อุณหภูมิ 23°C, อุณหภูมิ 25°C และอุณหภูมิ 27°C ฉีดสารละลายมาตรฐานและสารละลายตัวอย่าง เข้าเครื่อง UHPLC อย่างละ 3 ซ้ำ นำค่า peak area ของสาร rosmarinic acid มาคำนวณหาปริมาณ และใช้คำนวณหาค่า %RSD โดยเกณฑ์ผ่าน คือ ค่าไม่มากกว่า 2

3. การวิเคราะห์หาปริมาณสาร rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว

เตรียมสารละลายของสารสกัดแห้ง จำนวน 12 ตัวอย่าง โดยละลายสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว ตัวอย่างละ 25 มิลลิกรัม ด้วย 50% v/v ethanol ปริมาตร 10 มิลลิลิตร sonicate เป็นเวลา 5 นาที และปรับปริมาตรด้วยตัวทำละลายเดียวกันจนครบ 20 มิลลิลิตร กรองผ่าน PVDF(HL) syringe filter นำสารละลายดังกล่าวที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยเครื่อง UHPLC ตามวิธีที่พัฒนาขึ้นสารละลายละ 2 ซ้ำ แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย (mean)

การคำนวณค่าความเข้มข้นของสาร rosmarinic acid ที่วิเคราะห์ได้จากตัวอย่างสารสกัดแห้ง (ร้อยละโดยน้ำหนักตัวอย่างสารสกัดแห้ง, % w/w)

ผลการศึกษา

1. ผลการเตรียมสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว

ผลการเปรียบเทียบการสกัด พบว่าการสกัดผงใบหญ้าหนวดแมว จำนวน 5 กรัม ด้วย 60% v/v ethanol หรือ 70% v/v ethanol ปริมาตร 50 มิลลิลิตร โดยวิธี sonication หรือ reflux เป็นเวลา 30 และ 60 นาที กรอง ทำให้เข้มข้น ด้วยเครื่องระเหยสุญญากาศ (rotary evaporator) และ ทำให้แห้งด้วยวิธีระเหิดด้วยความเย็น (freeze drying) พบว่าการสกัดด้วย 70% v/v ethanol โดยวิธี sonication เป็นเวลา 70 นาที ได้ปริมาณ rosmarinic acid โดยมีค่าร้อยละโดยน้ำหนัก 2.314±0.004 ดีกว่าการสกัดด้วย 60% v/v ethanol เป็นเวลา 70 นาที และ โดยวิธี reflux เช่นกัน (Table 1) ทั้งนี้สารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมวที่ได้มีลักษณะผงสีน้ำตาลถึงน้ำตาลเข้ม และ ดูดความชื้นค่อนข้างเร็ว (hygroscopic)

ส่วนผลการวิเคราะห์สารละลายมาตรฐานของ rosmarinic acid และสารละลายของสารสกัดแห้งด้วยเครื่อง UHPLC พบว่าสภาวะของระบบโครมาโทกราฟีที่เหมาะสมที่ใช้ในการแยกสาร rosmarinic acid (Table 2) ซึ่งไม่พบการซ้อนทับกันของ peak ของสาร rosmarinic acid กับสารอื่น รวมทั้งมีค่า peak purity สูง และปรากฏตำแหน่ง peak ของสาร rosmarinic acid ที่ retention time ในช่วง 9.6-9.7 นาที (pics 2-3)

Table 1 Showing the comparison of rosmarinic acid contents in Java Tea dry extract obtained from reflux and sonication extractions in various conditions

Extraction method	Rosmarinic acid (%w/w) Mean±SD (n=3)
Reflux with 60 %v/v ethanol (30 min)	1.660±0.004
Reflux with 70 %v/v ethanol for 30 min)	1.764±0.002
Sonication with 60 %v/v ethanol (30 min)	1.522±0.012
Sonication with 70 %v/v ethanol (30 min)	1.457±0.005
Reflux with 60 %v/v ethanol (70 min)	1.944±0.005
Reflux with 70 %v/v ethanol for (70 min)	1.964±0.002
Sonication with 60 %v/v ethanol (70 min)	2.059±0.008
Sonication with 70 %v/v ethanol (70 min)	2.314±0.004

ความเหมาะสมของระบบ (system suitability)

พบว่าการฉีดสารละลายมาตรฐาน rosmarinic acid ความเข้มข้น 80 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร 5 ซ้ำ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของระบบโครมาโทกราฟโดยมีค่ามีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสัมพัทธ์ (% RSD) เท่ากับ 0.12 มีค่าไม่เกิน 2

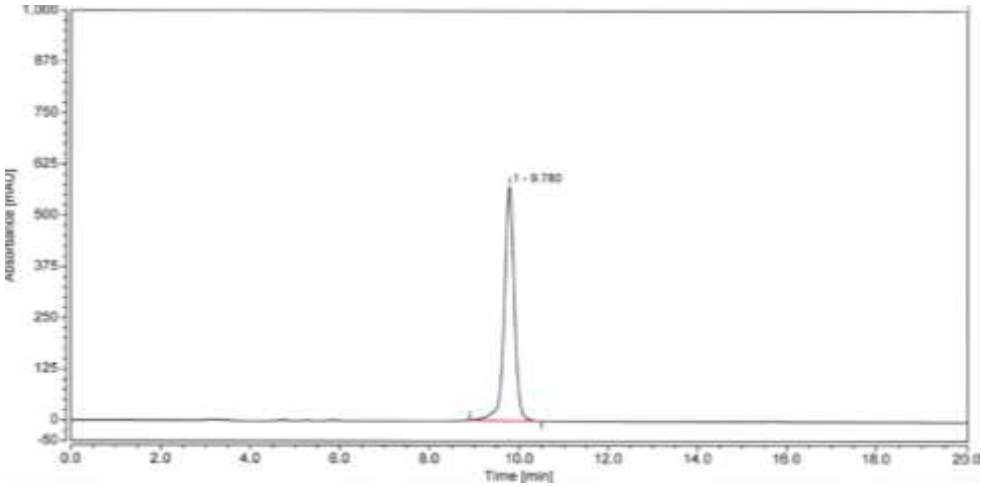
Table 2 Showing the suitable chromatographic system for separating rosmarinic acid by UHPLC

UHPLC Conditions	
Stationary phase	Verticep® C18, 4.6x150 mm, 5 µm particle size and guard cartridge C18 ขนาด 4.6x150 mm, 5 µm particle size
Column temperature	25°
Mobile phase	acetonitrile : 0.1% formic acid (30:70), isocratic
Flow rate	0.5 ml/min
Detector condition (DAD)	330 nm
Injection volume	20 µl
System suitability	%RSD ≤2

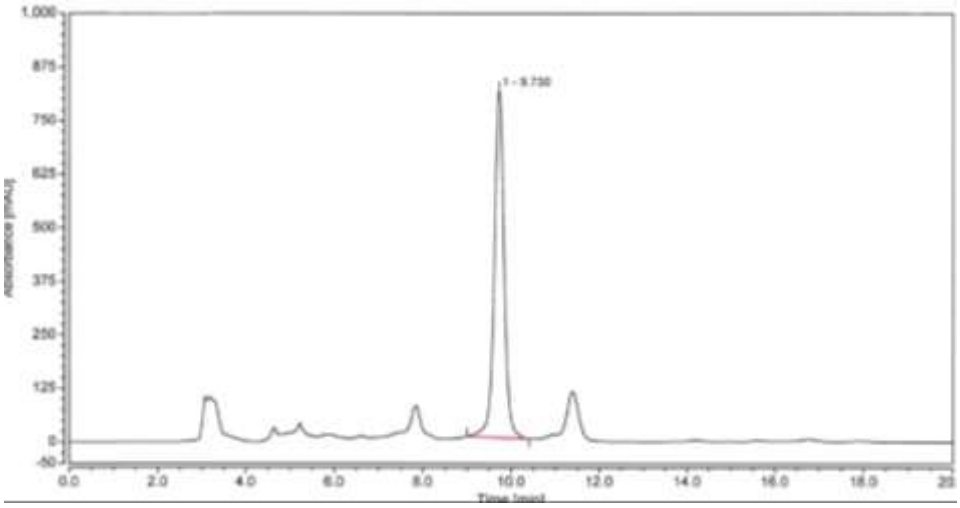
2. ผลการทดสอบความใช้ได้ของวิธีวิเคราะห์

ผลการทดสอบความจำเพาะ (specificity)

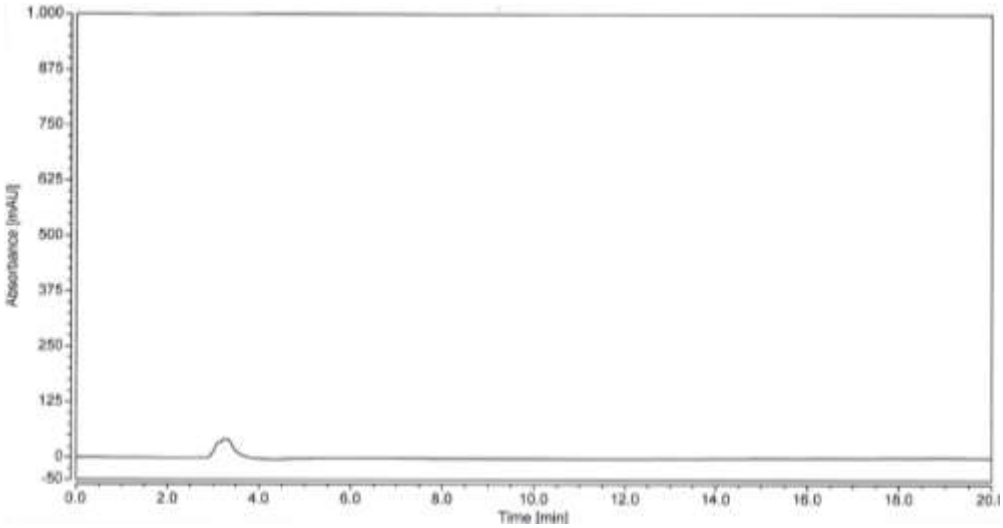
ผลจากการวิเคราะห์สารละลายมาตรฐาน และสารละลายตัวอย่างพบว่า ภายใต้สภาวะ UHPLC ที่พัฒนาขึ้น สามารถแยกสาร rosmarinic acid ออกจากสารอื่นได้ และไม่มีการรบกวนของสารอื่นในตัวอย่างโดยมีค่า retention time เท่ากับ 9.6-9.7 นาที (pics 2-4)



pic 2 Chromatogram of rosmarinic acid standard solution



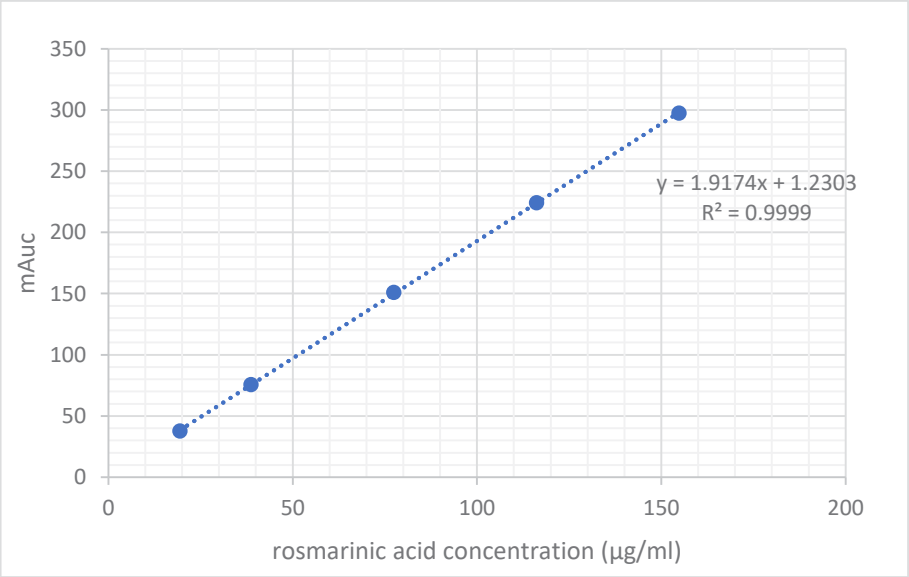
pic 3 Chromatogram of Java Tea dry extract



pic 4 Chromatogram of solvent blank (50% v/v ethanol)

ผลการทดสอบความเป็นเส้นตรงและช่วงของการวิเคราะห์ (linearity and range)

ผลจากการวิเคราะห์สารละลายมาตรฐาน rosmarinic acid ที่ระดับความเข้มข้นต่าง ๆ 5 ระดับความเข้มข้น ตั้งแต่ 20-160 ไมโครกรัม/มิลลิลิตรพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างค่าความเข้มข้นของสารละลายมาตรฐาน rosmarinic acid กับพื้นที่ใต้พีคมีลักษณะเป็นเส้นตรงตลอดช่วงความเข้มข้นที่วิเคราะห์โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.9999 (pic 5)



pic 5 Calibration curve of rosmarinic acid standard solutions

ผลการทดสอบความแม่น (accuracy) โดยผลการทดสอบร้อยละของการคืนกลับ (% recovery)

ผลการศึกษาการวิเคราะห์ปริมาณสาร rosmarinic acid ใน sample blank เตรียมจากสารสกัดแห้ง และ spiked sample ที่เตรียมได้จากการเติมสารละลายสารมาตรฐาน rosmarinic acid ที่ 3 ระดับความเข้มข้น พบว่าค่าร้อยละของการคืนกลับ ในทุกระดับความเข้มข้นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ในช่วงร้อยละ 96.42-100.77 และมี % RSD ไม่เกิน 2.00 (Table 3)

Table 3 The accuracy test results of Java Tea dry extract

Sample	Spiked Concentration (µg/ml)	Recovery (%) Injection			Mean (%)	RSD (%)	Criteria (%)
		1	2	3			
Java Tea extract	14.51	97.91	100.21	100.18	99.43	1.21	95.00-105.00
	29.02	99.47	100.36	100.39	100.08	1.48	95.00-105.00
	43.53	102.46	102.63	102.83	102.64	0.22	95.00-105.00

ผลการทดสอบความเที่ยง (precision)

1) repeatability

ผลการศึกษาการวิเคราะห์ปริมาณสาร rosmarinic acid ในตัวอย่างของสารสกัดแห้ง พบว่ามีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสัมพัทธ์ (% RSD) เท่ากับ 0.84 (Table 4)

2) intermediate precision, inter-day

ผลการศึกษาการวิเคราะห์ปริมาณสาร rosmarinic acid ในตัวอย่างของสารสกัดแห้ง พบว่ามีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสัมพัทธ์ (% RSD) เท่ากับ 0.50 (Table 4)

Table 4 The precision test results of Java Tea dry extract

Sample	Repeatability, %RSD (n=6)	Intermediate precision, %RSD (n=18)	Criteria (%RSD)
Java Tea extract	0.84	0.50	≤2.00

ผลการทดสอบความทนของวิธี (robustness)

ผลการทดสอบความทนของวิธีโดยเปลี่ยนสัดส่วนสารละลายตัวพา เปลี่ยนอัตราการไหลของตัวพา และเปลี่ยนอุณหภูมิของคอลัมน์ พบว่า %RSD อยู่ในช่วง 0.07-0.95 (Table 5)

Table 5 The robustness test results of Java Tea extract

Sample	Mobile phase (acetonitrile: 0.1%formic acid)	RA (%w/w) mean	RSD (%)	Flow rate (ml/min)	RA (%w/w) mean	RSD (%)	Temperature (°C)	RA (%w/w) mean	RSD (%)
Java Tea extract	28:72	2.12	0.07	0.3	2.24	0.14	23	2.17	0.12
	30:70	2.19	0.11	0.5	2.19	0.11	25	2.19	0.11
	32:68	2.17	0.95	0.7	2.25	0.22	27	2.23	0.12

RA=rosmarinic acid

3. การวิเคราะห์ปริมาณ rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว

ผลการวิเคราะห์ปริมาณ rosmarinic acid ในตัวอย่างสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว จำนวน 12 ตัวอย่าง พบว่าปริมาณสาร rosmarinic acid ในตัวอย่างสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว มีค่าอยู่ในช่วงร้อยละ 1.34-4.13 โดยน้ำหนัก (Table 7)

Table 7 The rosmarinic acid contents in Java Tea dry extract

Sample No.	Collection site (Province)	Rosmarinic acid content (%w/w)
1	Nong Bua Lam Phu	1.36
2	Sing Buri	1.84
3	Ang Thong	1.51
4	Nakhon Pathom	1.77
5	Nakhon Nayok	2.05
6	Prachin Buri	1.34

Table 7 The rosmarinic acid contents in Java Tea dry extract

Sample No.	Collection site (Province)	Rosmarinic acid content (%w/w)
7*	Chiang Rai	4.13
8	Bangkok 1	1.76
9	Bangkok 2	1.87
10	Nonthaburi 1	1.69
11	Ratchaburi	2.52
12	Uttaradit	3.26
	Mean	2.09**
	SD	0.83**

* The samples from drying of fresh samples **Sample 7 was excluded as outliers.

สรุปและอภิปรายผล

Rosmarinic acid เป็นสารในกลุ่ม polyphenols ซึ่งเป็นสารที่มีรายงานการศึกษาที่ผ่านมาว่ามีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา และพบมากในหญ้าหนวดแมว สามารถละลายได้ดีใน ethanol[17]การศึกษานี้จึงเลือกใช้ rosmarinic acid เป็น active marker[15] การเปรียบเทียบวิธีการเตรียมสารสกัดแห้งนั้น ได้ใช้ตัวทำละลายเป็น 60 % v/v ethanol ที่เวลา 70 นาที[18] เปรียบเทียบกับใช้ 70 % v/v ethanol[19] เนื่องจากมีรายงานว่าได้สารสกัดที่มีปริมาณสารกลุ่ม phenolic สูง แต่จากการศึกษานี้ พบว่าวิธี sonicate ผงหญ้าหนวดแมว ด้วย 70% v/v ethanol ที่เวลา 70 นาที มีปริมาณ rosmarinic acid ที่สูงกว่า ทั้งนี้การพัฒนาวิธีวิเคราะห์ปริมาณสาร rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมวด้วยเครื่อง UHPLC ได้ผ่านการทดสอบความถูกต้องของวิธีตาม ICH guideline[16] โดยละลายสารสกัดแห้งของหญ้าหนวดแมว ด้วยตัวทำละลาย 50% v/v ethanol แล้ว sonicate เป็นเวลา 5 นาที เพื่อช่วยการละลาย แล้วปรับปริมาตรด้วยตัวทำละลายเดียวกัน โดยใช้คอลัมน์ชนิด C18 ขนาด 4.6X150 มิลลิเมตร ขนาดอนุภาค 5 ไมโครเมตรซึ่งมี guard cartridge C18 ขนาด 4.6x10 มิลลิเมตร อนุภาค 5 ไมโครเมตร เป็นวัฏภาคคงที่ และใช้ acetonitrile และ 0.1% formic acid ใน water (30:70) เป็นวัฏภาคเคลื่อนที่ แบบ isocratic อัตราการไหล 0.5 ml/min ตรวจวัดด้วย DAD ที่ความยาวคลื่น 330 nm สอดคล้องตาม European Pharmacopoeia[15] และควบคุมอุณหภูมิคอลัมน์ที่ 25 °C จะปรากฏตำแหน่ง peak ของ rosmarinic acid ที่ retention time ในช่วง 9.6-9.7 นาที การทดสอบความใช้ได้ของวิธีวิเคราะห์ ได้ทดสอบความเป็นเส้นตรงและช่วงของการวิเคราะห์พบว่ามีความเป็นเส้นตรงในช่วงความเข้มข้น 20-160 ไมโครกรัม/มิลลิลิตร ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient, r) เท่ากับ 0.999 ซึ่งมีค่ามากกว่าค่าที่ยอมรับได้ที่กำหนดค่า correlation coefficient (r) ต้องมีค่าไม่น้อยกว่า 0.995 การทดสอบความแม่นของวิธีพบค่า % mean recovery อยู่ในช่วงร้อยละ 98-103 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ที่กำหนดค่าไว้ในช่วงร้อยละ 95-105 ค่า % RSD อยู่ในช่วง 0.2-1.2 ซึ่งอยู่เกณฑ์ที่ยอมรับได้ซึ่งกำหนดค่าไว้ไม่เกิน 2.0 แสดงว่าวิธีวิเคราะห์นี้มีความแม่น ส่วนการทดสอบความเที่ยงของวิธี พบว่าผลการทดสอบความทำซ้ำได้ โดยการวิเคราะห์ตัวอย่างสารสกัด จำนวน 6 ซ้ำภายในวันเดียวกัน และการวิเคราะห์ตัวอย่างดังกล่าว เมื่อเปลี่ยนผู้วิเคราะห์ และวันที่วิเคราะห์ 6 ซ้ำ 3 วัน มีค่า % RSD อยู่ในช่วง 0.50-0.84 จากค่า % RSD ที่ได้พบว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือไม่มากกว่า 2.0 แสดงว่าวิธีวิเคราะห์นี้สามารถทำซ้ำได้และมีความเที่ยง นอกจากนี้เมื่อนำวิธี UHPLC ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่นี้ เปรียบเทียบกับวิธีการหาปริมาณสาร rosmarinic acid ในวัตถุดิบ และสารสกัดใบหญ้าหนวดแมวที่มีรายงานไว้ก่อนแล้ว พบว่าวิธีการวิเคราะห์ที่พัฒนาขึ้นนี้ มีข้อได้เปรียบเหนือกว่าวิธีการวิเคราะห์ที่มีรายงานไว้ก่อนหน้านี้ [15,18] ในแง่ของความเรียบง่ายและเวลาที่รวดเร็วในวิธีเตรียมตัวอย่างและ การเตรียมวัฏภาคเคลื่อนที่ ขณะที่ European Pharmacopoeia ใช้ phosphoric acid, acetonitrile, water (1:19:80) ต่อ phosphoric acid, methanol, acetonitrile (1:40:59), แบบ gradient[15] สำหรับการเปรียบเทียบระยะเวลาในการตรวจวิเคราะห์สารสำคัญ rosmarinic acid พบว่าวิธีวิเคราะห์ที่พัฒนาขึ้นใหม่ใช้เวลาตรวจพบ rosmarinic acid peak ไม่เกิน 10 นาที ซึ่งใช้เวลาน้อยกว่าวิธีการวิเคราะห์ที่มีรายงานไว้ก่อนหน้านี้[15,18] เมื่อนำวิธีวิเคราะห์นี้มาตรวจปริมาณสาร rosmarinic acid ในตัวอย่างใบหญ้าหนวดแมว จำนวน 12 ตัวอย่าง พบปริมาณสาร rosmarinic acid อยู่ระหว่าง 1.34 ถึง 4.13 ร้อยละโดยน้ำหนัก ค่าเฉลี่ยเมื่อ

ตัดค่า outlier ออกคือ 2.09±0.83 ร้อยละโดยน้ำหนัก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมามีค่า 1.07±0.43 ร้อยละโดยน้ำหนัก[19] การศึกษาในครั้งนี้พบว่าตัวอย่างสดที่จัดทำแห้งเอง พบปริมาณ rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งในปริมาณที่สูงกว่าสารสกัดแห้งจากตัวอย่างจากร้านจำหน่ายสมุนไพร ประมาณ 2-4 เท่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความใหม่ของตัวอย่างมีผลต่อปริมาณสาร rosmarinic acid อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังไม่มีค่ามาตรฐานของสารสกัดแห้งในตำรายาใด

การศึกษานี้จะเป็นแนวทางจัดทำข้อกำหนดมาตรฐานสาร rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมวต่อไป ซึ่งจะช่วยในขั้นตอนการควบคุมคุณภาพ ทำให้สามารถรับประกันความสม่ำเสมอของปริมาณสารสำคัญในแต่ละรุ่นการผลิต (Batch) ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิผลในการรักษาของผู้ป่วยได้

การศึกษานี้ได้พัฒนาวิธีการตรวจวิเคราะห์ปริมาณ rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว ด้วยวิธี UHPLC และทดสอบความใช้ได้ของวิธีวิเคราะห์ซึ่งผ่านตามเกณฑ์[15] จากข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการสนับสนุนการจัดทำข้อกำหนดมาตรฐานสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมวในตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ ควรมีการพัฒนาวิธีตรวจวิเคราะห์หาสารสำคัญในยาแคปซูล และยาเม็ดสกัดแห้งหญ้าหนวดแมวต่อไปเพื่อเป็นมาตรฐานรองรับการควบคุมคุณภาพของผลิตภัณฑ์ดังกล่าวที่มีจำหน่ายในท้องตลาด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่สนับสนุนงบประมาณและเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.Thai Pharmacopoeia Committee.Thai Herbal Pharmacopoeia. Nonthaburi, Department of Medical Sciences, [Internet]. 2021. (cited 2025 Dec 6) Available from: https://bdn.dmsc.moph.go.th/th/detailAll/1080/ebook/136

2.คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. บัญชียาหลักแห่งชาติสมุนไพร พ.ศ. 2566. ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 140, ตอนพิเศษ 130 ง; 2 มิ.ย 2566. หน้า 16. [Internet]. 2566. (สืบค้นเมื่อ 6 ธ.ค. 2568) เข้าถึงจาก: https://herbal.fda.moph.go.th/media.php?id=511902077832798208&name=001-66.pdf

3.Doan DD, Nguyen NH, Doan HK, Nguyen TL, Phan TS, Nguyen VD, Magnus G, Rolf J, Gerd L, Nils ES. Studies on the individual and combined diuretic effects of four Vietnamese traditional herbal remedies (Zea mays, Imperata cylindrica, Plantago major and Orthosiphon stamineus). J Ethnopharmacol.1992;36(3):225-231.

4.Tabana YM, Al-Suede FS, Ahamed MB, Dahham SS, Saad SD, Loiy EAH, Saba K, Mohamad T, Doblin S, Aman S, Amin MSAM. Cat's whiskers (Orthosiphon stamineus) tea modulates arthritis pathogenesis via the angiogenesis and inflammatory cascade. BMC Complement Altern Med. [Internet]. 2016. [cited 2025 Dec 6]. Available from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27881135/

5.Arafat OM, Tham SY, Sadikun A, Zhari I, Haughton PJ, Asmawi MZ . Studies on diuretic and hypouricemic effects of Orthosiphon stamineus methanol extracts in rats. J Ethnopharmacol. 2008;118(3):354-60.

6. MF Yam, LF Ang, R Basir, IM Salman, OZ Ameer and MZ Asmawi. Evaluation of the anti-pyretic potential of Orthosiphon stamineus Benth standardized extract. Inflammopharmacology. 2009;17(1):50-4.

7.Wang Q, Wang J, Li N, Junyu L, Jingna Z, Pengwei Z, Haixia C. A systematic review of Orthosiphon stamineus Benth. in the treatment of diabetes and its complications. Molecules [Internet]. 2022. [cited 2025 Dec 6]. Available from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35056765/

8. Lokman EF, Saparuddin F, Muhammad H, Maizatul HO, Azlina Z. Orthosiphon stamineus as a potential antidiabetic drug in maternal hyperglycemia in streptozotocin-induced diabetic rats. Integr Med Res. 2019;8(3):173-9.

9.Kaviya S, Prakash M, Gayathiri S, and Umashankari E. A Review on Phytochemistry and Therapeutic effect of

Cat's Whisker plant (Orthosiphon stamineus). WJPR. 2025;14(16):1189-1206.

10.Ashraf K, Halim H, Lim SM, Kalavathy R, Sadia S. In vitro antioxidant, antimicrobial and antiproliferative studies of four different extracts of Orthosiphon stamineus, Gynura procumbens and Ficus deltoidea. Saudi J Biol Sci. 2020;27(1):417-32.

11.Alshawsh MA, Abdulla MA, Ismail S, Zahra AA, Suhailah WQ, Hamid AH, Nabil SH. Free radical scavenging, antimicrobial and immunomodulatory activities of Orthosiphon stamineus. Molecules. 2012;17(5):5385-95.

12.Hsu CL, Hong BH, Yu YS, Yen GC. Antioxidant and anti-inflammatory effects of Orthosiphon aristatus and its bioactive compounds. J Agric Food Chem. 2010;58(4):2150-6.

13.Suhaimi SH, Hasham R, Hafiz Idris MK, Ismail HF. Optimization of ultrasound-assisted extraction conditions followed by solid phase extraction fractionation from Orthosiphon stamineus Benth (Lamiace) Leaves for antiproliferative effect on prostate cancer cells. Molecules. [Internet]. 2019. [cited 2025 Dec 7]. Available from https://doi.org/10.3390/molecules24224183

14.Yi-ZengLianga, Peishan X, Kelvin C. Quality control of herbal medicines. J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci. 2004;812(1-2):53-70.

15. European Directorate for the Quality of Medicines & Health Care. European Pharmacopoeia. 11th ed. Strasbourg: Council of Europe; 2022: p.1572-4.

16. International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use. ICH Harmonised Guideline: Validation of Analytical Procedures Q2(R2). Geneva: ICH [Internet].2023. [cited 2025 Dec 17]. Available from: https://database.ich.org/sites/default/files/ICH_Q2-R2_Guideline_2023_1130.pdf

17.National Center for Biotechnology Information. PubChem Compound Summary for CID 5281792, Rosmarinic Acid. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US) [internet]. 2004. [cited 2026 Jan 17]. Available from: https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Rosmarinic-Acid

18. นรินทร์ ท้าวแก่นจันทร์, ภาวิณี อารีศรีสม, กอบลาภ อารีศรีสม และ ศักดิ์ชัย เสถียรพีระกุล.การหาสภาวะที่เหมาะสมในการสกัดสารพฤกษเคมี และฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระในหญ้าหนวดแมว. Health Science, Science and Technology Reviews 2024;17(1):52-64

19. ชลชิด คำพันธ์, รณชัย ภูวันนา, ภานิชา พงศ์นราทร, เพ็ญศิริ จันทร์แอ, วรินทร์ โอนอ่อน และ นฤวัตร ภักดี.การเปรียบเทียบปริมาณกรดโรสมารินิกของสารสกัดหญ้าหนวดแมวด้วยวิธีโครมาโทกราฟีของเหลวสมรรถนะสูง.ว. วิทย. เทคโน. หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 2565;8(2):81-91

ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร

The Effect of Empowerment Program for Self Care Behaviors HIV Patients Who Receiving Antivirus Drugs At Praarjanban Tanakaro Hospital.

(Received: March 15,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 26,2026)

ฐิตา สารเสนา[1]
Thita Sarnsena[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอชไอวีก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ 2) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ 3) เปรียบเทียบค่าปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) และระดับ CD4 ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Paired t-test และIndependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง (Cohen's d = 1.85) ผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมพบว่า ค่าปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) ลดลง และระดับ CD4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

คำสำคัญ: การเสริมพลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to: (1) compare the self-care behavior scores of patients with HIV before and after receiving an empowerment program; (2) compare the self-care behavior scores between the experimental group and the control group; and (3) compare viral load and CD4 levels before and after the intervention.The sample consisted of 60 HIV patients receiving antiretroviral therapy, divided into an experimental group (30 participants) and a control group (30 participants). The research instrument was an empowerment program conducted over a period of 8 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test, Independent t-test

The results showed that after participating in the empowerment program, the experimental group had significantly higher mean self-care behavior scores compared to before receiving the program ($p < .001$). After the experiment, the experimental group also had significantly higher mean self-care behavior scores than the control group ($p < .001$), with a large effect size (Cohen's d = 1.85). Clinical outcomes in the experimental group after the intervention showed that viral load significantly decreased and CD4 levels significantly increased ($p < .01$).

Keywords: Empowerment Self-care Behavior

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและประเทศไทย แม้ความก้าวหน้าทางการแพทย์จะเปลี่ยนสถานะของโรคจากโรคติดต่ออันตรายร้ายแรงมาเป็น “โรคเรื้อรังที่จัดการได้” แต่จากรายงานของ UNAIDS [1] พบว่าทั่วโลกยังมีผู้ติดเชื้อสะสมกว่า 39 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวเนื่องกับเอดส์กว่า 630,000 คนต่อปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการเข้าถึงและการคงอยู่ในระบบการรักษายังคงเป็นประเด็นท้าทายสำคัญในบริบทของประเทศไทย อุบัติการณ์การติดเชื้อรายใหม่ยังคงปรากฏอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานและเยาวชน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงสำคัญเกิดจากพฤติกรรมการป้องกันที่ไม่เหมาะสม และการขาดความตระหนักในความเสี่ยงของตนเอง อย่างไรก็ตามนวัตกรรมการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy: ART) ในปัจจุบันมีประสิทธิภาพสูงมาก หากผู้ติดเชื้อสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนสามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดให้อยู่ในระดับที่ตรวจไม่พบ (Undetectable) จะส่งผลให้ไม่แพร่เชื้อสู่ผู้อื่นตามแนวคิด “U=U” (Undetectable = Untransmittable) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการยุติปัญหาเอดส์ อุปสรรคสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่บรรลุผลคือ “ความล้มเหลวในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ” (Medication Non-adherence) การศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องมีวินัยในการรับประทานยาสูงกว่าร้อยละ 95 จึงจะสามารถควบคุมโรคได้[2,3] หากขาดวินัยจะนำไปสู่ภาวะดื้อยา ปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load) พุ่งสูงขึ้น และระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) ลดต่ำลง ส่งผลให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและเสียชีวิตในที่สุด ภัยเงียบของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงไม่ใช่เพียงตัวโรค แต่คือการตีตราทางสังคม (Stigma) ความเครียด[4] และความท้อแท้ในการดูแลตนเองระยะยาว ซึ่งเป็นปัจจัยขัดขวางการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โรงพยาบาลพระอาจารย์แบนธนากโร ปี 2564-2566 มีผู้ป่วยที่รับการวินิจฉัยเป็นโรคเอดส์ทั้งหมด 76, 62 และ 71 และเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คิดเป็นร้อยละ 5.5, 9.1 และ 11.3 ตามลำดับจากผู้ที่ได้รับการตรวจทั้งหมด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลแบบตั้งรับในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) จึงถูกนำมาใช้เพื่อปรับบทบาทให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ[5]และจัดการสุขภาพตนเอง การศึกษาในต่างประเทศ และในประเทศไทยพบว่า โปรแกรมที่เน้นการสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเอง (Self-efficacy)[6] และการสนับสนุนทางสังคม สามารถเพิ่มระดับการยึดมั่นในการรักษาและยกระดับคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อในคลินิกยาต้านไวรัส โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งในด้าน การรับประทานยา การส่งเสริมสุขภาพ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ลดปริมาณไวรัส (Viral load) และเพิ่มระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) อันจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก (Viral load และ CD4) ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest–Posttest Control Group Design) การวิจัยครั้งนี้พัฒนากรอบแนวคิดจากทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจ6 ร่วมกับแนวคิดการรับรู้

ความสามารถตนเอง2 โดยเสนอว่า การเพิ่มพูนความรู้ การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น องค์ประกอบดังกล่าวส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ได้แก่ การลดลงของ Viral load และการเพิ่มขึ้นของระดับ CD4

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร

เกณฑ์คัดเข้า 1) เพศชายหรือหญิงที่มีอายุ> 18 ปี 2) ได้รับยาต้านไวรัสอย่างน้อย 6 เดือน 3) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์คัดออก 1) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง หรือ มีความผิดปกติทางจิตเวชที่รบกวนการเข้าร่วมกิจกรรม

2) ขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเอชไอวีที่มีผล Viral load สูงกว่าเกณฑ์ หรือมีพฤติกรรมการรับยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 60 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) คำนวณจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม กำหนด effect size = 0.80 power = 0.80 α = 0.05 กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ประกอบด้วย 1) การสร้างความตระหนักรู้ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง สะท้อนประสบการณ์ตนเอง 2) การพัฒนาทักษะ ฝึกการจัดการยา การแก้ปัญหาเมื่อพลาดยา การจัดการความเครียด 3) การตัดสินใจและวางแผนตั้งเป้าหมายรายบุคคล วางแผนดูแลตนเอง 4) การเสริมแรงและสนับสนุน กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ติดตามทางโทรศัพท์/ไลน์ ให้กำลังใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเอชไอวี ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) 0.87 แบบบันทึกผลการตรวจ Viral load และ CD4

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Non-equivalent control group pretest–posttest design)

ระยะที่ 1: การเตรียมการ

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและเตรียมความพร้อมของกลุ่ม

ตัวอย่าง

1. การคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง: คัดเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสตามเกณฑ์ (Inclusion Criteria) จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 30 คน และ กลุ่มควบคุม 30 คน

2. การประเมินก่อนทดลอง 1) วัดคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2) บันทึกค่าทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน ได้แก่ Viral load และ CD4

ระยะที่ 2: การดำเนินการ ระยะเวลา 8 สัปดาห์

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยให้โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจในกลุ่มทดลอง โดยบันทึกผลพฤติกรรม เช่น การรับประทานยาสม่ำเสมอ การป้องกันแพร่เชื้อ การมาตรวจตามนัด และให้การดูแลกลุ่มควบคุม และบันทึกผลพฤติกรรม โดยแยกกิจกรรมตามกลุ่มดังนี้

กลุ่มทดลอง (Experimental Group): รับ "โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ" ซึ่งแบ่งกิจกรรมเป็นช่วงๆ ดังนี้:

สัปดาห์ที่ 1-2 : กิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างความตระหนักรู้และแรงจูงใจ

สัปดาห์ที่ 3-6 : ฝึกทักษะการจัดการตนเอง การจัดการยา และการจัดการความเครียด

สัปดาห์ที่ 7-8 : การสนับสนุนทางสังคม (กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ

กลุ่มควบคุม (Control Group): รับ “การดูแลตามปกติ (Routine Care)” จากคลินิกยาต้านไวรัส เช่น การรับคำแนะนำจากพยาบาล พบแพทย์และรับยาตามนัดปกติ และการแจกคู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้น

ระยะที่ 3: การประเมินผล วัดผลลัพธ์หลังจากสิ้นสุดการทดลอง

1. การประเมินหลังทดลอง วัดคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอีกครั้งเมื่อครบ 8 สัปดาห์

2. การติดตามผลทางคลินิกหลังการทดลอง บันทึกค่า Viral load และ CD4

3. การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบผลคะแนนและค่าทางคลินิกทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเอชไอวี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน เพื่อประเมินเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ Paired t-test ในกลุ่มเดียวกัน และ Independent t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2024-126 วันที่ 3 พฤศจิกายน 2567 ถึงวันที่ 2 พฤศจิกายน 2568

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.3 อายุเฉลี่ย 38.45 ปี (SD = 8.12) ระยะเวลารับยาต้านไวรัสเฉลี่ย 5.2 ปี (SD = 2.60) และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p < .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean (SD)	หลังทดลอง Mean SD	t	p-value*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	48.23 (6.15)	63.87 (5.42)	12.45	< .001

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น 15.64 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง

กลุ่ม	Mean (SD)	t	p-value*
กลุ่มทดลอง	63.87 (5.42)	6.82	< .001
กลุ่มควบคุม	50.14 (6.03)		

*p-value = < 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม13.73 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดทางคลินิกในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	p-value*
Viral load (copies/ml)	1,250	320	< .001
CD4 (cells/mm³)	410	565	< .001

*p-value = < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่า Viral load ลดลงอย่างชัดเจน และค่า CD4 เพิ่มขึ้น 155 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเอชไอวี ผลการวิจัยสนับสนุนแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่เน้นการพัฒนา ความเชื่อมั่นในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม ซึ่งช่วยเพิ่ม adherence และส่งผลต่อ Viral load และ CD4 ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้เนื่องมาจากกระบวนการของโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจและจัดการสุขภาพตนเอง ตามแนวคิดของ Anderson & Funnell[6]โดยเฉพาะกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1-2 ที่มีการสร้างความตระหนักรู้และสะท้อนประสบการณ์ตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในการดูแลตนเอง เมื่อผนวกกับการฝึกทักษะการจัดการยาในสัปดาห์ที่ 3-6 ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura[2] และผลการศึกษาของ พัชรี และคณะ[9] ที่ระบุว่าการเสริมพลังอำนาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect Size) อยู่ในระดับสูงมาก (Cohen's d = 1.85) สะท้อนให้เห็นว่าการได้รับโปรแกรมที่มีโครงสร้างชัดเจนส่งผลดีกว่าการพยาบาลปกติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกระบวนการ "สนับสนุนทางสังคม" และ "กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน" ในช่วงสัปดาห์ที่ 7-8 ซึ่งช่วยลดความเครียดและเพิ่มกำลังใจในการดูแลตนเองระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร และคณะ[10] ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นกว่าการได้รับเพียงคำแนะนำทั่วไปจากบุคลากรทางการแพทย์

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก (Viral load และ CD4) ก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญคือ ค่าปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) ลดลง และระดับ CD4 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สูงขึ้น โดยเฉพาะการยึดมั่นในการรับประทานยา (Adherence) จะส่งผลโดยตรงต่อการยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อไวรัส สอดคล้องกับแนวคิดของ Bangsberg[3] และ Mills et al.[4] ที่เน้นว่าการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นหัวใจสำคัญในการ

กดปริมาณไวรัส นอกจากนี้ การที่ Viral load ลดลง ยังส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันฟื้นตัวและระดับ CD4 เพิ่มสูงขึ้น[11] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Webel et al.[12] ที่ยืนยันว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยของ วิไลลักษณ์ และคณะ[13] ที่พบว่าการติดตามและส่งเสริมพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับไวรัสในเลือดได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในคลินิกยาต้านไวรัส และศึกษาติดตามผลระยะยาว 6–12 เดือน ในอนาคต

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อดูความยั่งยืนของพฤติกรรม

2. ควรศึกษาปัจจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกถึงอุปสรรคในการดูแลตนเองของกลุ่มที่ผลลัพธ์ไม่ดีขึ้น

3. ควรทดลองใช้โปรแกรมผ่านระบบ Tele-health หรือแอปพลิเคชันเพื่อขยายผลในกลุ่มผู้ป่วยที่ ไม่สะดวกมาโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร และทุกท่านที่ให้การสนับสนุน เอื้ออำนวยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS. (2023). Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet.
2. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman.
3. Bangsberg, D. R. (2006). Less than 95% adherence to nonnucleoside reverse- transcriptase inhibitor therapy can lead to viral suppression. Clinical Infectious Diseases, 43(7), 939–941.
4. Mills, E. J., et al. (2006). Adherence to ART in sub-Saharan Africa and North America. JAMA, 296(6), 679–690.
5. สมชาย, พ., และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ CD4 ในผู้ป่วยเอชวี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26(4), 601–612.
6. Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. Patient Education and Counseling, 79(3), 277–282.
7. Tsai, A. C., et al. (2013). Internalized stigma and ART adherence. AIDS, 27(3), 407–412.
8. กาญจนา, ส., และคณะ. (2561). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารการพยาบาล, 34(2), 55–67.
9. พัชรี, น., และคณะ. (2562). การเสริมพลังอำนาจกับการรับรู้ความสามารถตนเองในผู้ป่วยเอชไอวี.วารสารสาธารณสุขชุมชน, 45(1), 23–35.
10. ศิริพร, ม., และคณะ. (2563). โปรแกรมสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี. วารสารการพยาบาล, 35(2), 45–58.
11. Johnson, M. O., et al. (2012). The impact of self-efficacy and adherence intervention. AIDS Care, 24(3), 319–327.
12. Webel, A. R., et al. (2018). A systematic review of the effectiveness of self-management interventions in HIV. International Journal of Nursing Studies, 80, 34–45.
13. วิไลลักษณ์, ท., และคณะ. (2564). ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการควบคุมระดับไวรัสในผู้ป่วย เอชไอวี. วารสารวิจัยทางสุขภาพ, 18(3), 112–125.

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for pediatric patients with acute otitis media: Two case studies.

(Received: March 15,2026 ; Revised: March 20,2026 ; Accepted: March 26,2026)

กรชนก ภูจอมนิล[1]
Krachanok Phujomnil[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน เปรียบเทียบ 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2569 โดยศึกษาจากประวัติการรักษาพยาบาล ข้อมูลจากผู้ป่วย เวชระเบียน ให้การพยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 major aspects of care นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย มาใช้เป็นมาตรฐานในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาที่ 1: ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 10 ปี มาด้วยอาการปวดหูซ้ายและมีหนองไหลจากหู 1 วัน ตรวจด้วย Otoscope พบเยื่อแก้วหูแดงและบวม ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Acute Otitis Media ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 วัน โดยได้รับยาปฏิชีวนะ ยาลดปวด และยาลดไข้ พร้อมดูแลทำความสะอาดหูและป้องกันน้ำเข้าหู การพยาบาลเน้นการประเมินอาการปวด เฝ้าระวังการติดเชื้อ และให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่บ้าน ภายหลังการรักษาอาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ กรณีศึกษาที่ 2: ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 12 ปี มาด้วยอาการปวดหูขวารุนแรงร่วมกับบวมและปวดบริเวณหลังใบหู มีประวัติหนองไหลจากหูขวาเป็นๆ หายๆ การตรวจร่างกายพบกดเจ็บบริเวณกระดูกมาสตอยด์ และผล CT scan temporal bone พบการอักเสบของโพรงอากาศในกระดูก จึงวินิจฉัยเป็น Mastoiditis ร่วมกับฝีหลังใบหู ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 วัน ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำและการระบายหนอง พร้อมการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด การพยาบาลเน้นการประเมินอาการปวด เฝ้าระวังการติดเชื้อ และให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลและการติดตามการรักษา

คำสำคัญ: การพยาบาล โรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน

Abstract

This study aims to comparatively study the nursing care of pediatric patients with acute otitis media, involving 2 cases. A case study of nursing care for pediatric patients with acute otitis media, comparing 2 cases admitted to Kalasin Hospital in 2026, by studying medical records, patient information, and clinical records. Nursing care was provided according to the major clinical duties of professional nurses in 7 major aspects of care, used to determine nursing diagnoses and solve health problems using the 5-step nursing process, from admission to discharge, as a standard for patient care.

Study Results: Case Study 1: A 10-year-old boy presented with left ear pain and purulent discharge from the ear for 1 day. Examination with an otoscope revealed a red and swollen tympanic membrane. He was diagnosed with Acute Otitis Media. The patient received treatment in the hospital for 2 days, including antibiotics, painkillers, and antipyretics, along with ear cleaning and water protection. Nursing care focused on pain assessment, infection monitoring, and providing parents with education on home care for the child. After treatment, the patient's symptoms gradually improved, and the doctor allowed him to go home. Case Study 2: A 12-year-old male patient presented with severe pain in the right ear along with swelling and pain behind the ear. He had a history of intermittent discharge from the right ear. Physical examination revealed tenderness over the mastoid bone, and a CT scan of the temporal bone showed inflammation of the air cells within the bone. Consequently, he was diagnosed with mastoiditis accompanied by a postauricular

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

abscess. The patient was admitted to the hospital for 2 days and received intravenous antibiotics and pus drainage, along with close monitoring for complications. Nursing care focused on pain assessment, infection surveillance, and providing instructions to the patient and guardians regarding care and follow-up treatment.
Keywords: Nursing, Acute Otitis Media

บทนำ

โรคหูชั้นกลางอักเสบ หรือ Otitis Media เป็นภาวะการอักเสบที่เกิดขึ้นภายในหูชั้นกลาง ซึ่งประกอบด้วยโพรงหูชั้นกลาง ท่อยูสเตเชียน และบริเวณโพรงอากาศของกระดูกมาสตอยด์ ภาวะนี้มักพบร่วมกับการมีสารคัดหลั่งหรือหนองภายในหู จึงมักถูกเรียกโดยทั่วไปว่า “หูน้ำหนวก” การติดเชื้อของหูชั้นกลางสามารถเกิดได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ แต่พบได้บ่อยในเด็ก เนื่องจากมักเกิดตามหลังการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน เช่น ไข้หวัดหรือคออักเสบ โรคหูชั้นกลางอักเสบถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กทั่วโลก เนื่องจากการอักเสบและการสะสมของของเหลวภายในหูชั้นกลางอาจส่งผลให้การได้ยินลดลง หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะหูตึงหรือหูหนวก ซึ่งอาจกระทบต่อพัฒนาการด้านภาษา การพูด การเรียนรู้ และพัฒนาการโดยรวมของเด็กได้ ข้อมูลด้านระบาดวิทยาในประเทศไทยพบว่า เด็กส่วนใหญ่มีโอกาสเกิดโรคนี้ในช่วงวัยเด็ก โดยมีรายงานว่าเด็กอายุประมาณ 3 ปี ร้อยละ 83 เคยมีประวัติเป็นโรคหูชั้นกลางอักเสบอย่างน้อยหนึ่งครั้ง และประมาณร้อยละ 90 ของเด็กวัยก่อนเรียนพบภาวะมีของเหลวคั่งในหูชั้นกลาง ซึ่งอาจส่งผลต่อพัฒนาการด้านการสื่อสารและการเรียนรู้ของเด็ก[1]

จากรายงานสถิติประจำปีของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พ.ศ. 2568 พบผู้ป่วยโรคหูชั้นกลางอักเสบทั้งหมด 115 ราย โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน หรือ Acute Otitis Media จำนวน 74 ราย Supportive Otitis Media 27 รายและ Otitis Media with effusion 14 ราย [2] ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโรคดังกล่าวยังคงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในระบบบริการสุขภาพ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาและป้องกันอย่างเหมาะสมเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และอัตราการกลับเป็นซ้ำจากโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน
4. ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน ย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน งานการพยาบาลผู้ป่วยในจำนวน 2 รายเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนรุนแรงซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญ ตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย
3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน
4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ

ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี 7 Major Aspects of Care ในการดูแลผู้ป่วยโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน และกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) โดยประยุกต์ใช้ในการศึกษา เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลประเมินผลการพยาบาล

7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1: ผู้ป่วยเป็นเด็กชายอายุ 10 ปี มาด้วยอาการสำคัญคือปวดหูซ้ายและมีหนองไหลจากหูซ้ายเป็นเวลา 1 วัน จากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดหูมากขึ้นร่วมกับมีหนองไหลออกจากหู การตรวจร่างกายด้วยเครื่องส่องหู (Otoscope) พบเยื่อแก้วหูแดงและบวม แสดงถึงการอักเสบของหูชั้นกลาง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Acute Otitis Media เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 วัน การรักษามุ่งเน้นการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อ ยาบรรเทาอาการปวดและลดไข้ รวมถึงการดูแลทำความสะอาดหูและป้องกันน้ำเข้าหู การพยาบาลเน้นการประเมินอาการปวด การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การให้ยาอย่างถูกต้อง และการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลเด็กเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมถึงการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการดีขึ้นตามลำดับและจำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต

กรณีศึกษาที่ 2: ผู้ป่วยเป็นเด็กชายอายุ 12 ปี มาด้วยอาการปวดหูขวามากขึ้นร่วมกับมีอาการบวมและปวดบริเวณหลังใบหูขวา จากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยมีหนองไหลจากหูขวาเป็นๆ หายๆ มานาน และก่อนมารับการรักษา 2 วันมีอาการปวดหูรุนแรงมากขึ้น การตรวจร่างกายพบอาการบวมแดงและกดเจ็บบริเวณหลังใบหู ซึ่งเป็นตำแหน่งของกระดูกมาสตอยด์ ผลการตรวจเพิ่มเติม เช่น CT scan temporal bone พบการอักเสบของโพรงอากาศในกระดูกมาสตอยด์ จึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Mastoiditis ร่วมกับฝีหลังใบหู (Postauricular abscess) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อหูชั้นกลาง การรักษาในผู้ป่วยรายนี้มีความซับซ้อนและรุนแรงกว่ากรณีแรก โดยต้องได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ การระบายหนอง การพยาบาลจึงเน้นการเฝ้าระวังอาการติดเชื้อ การประเมินอาการปวดและสัญญาณชีพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อแพร่กระจายไปยังสมอง รวมถึงการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลหลังการรักษาและการมาติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

ผู้ศึกษาใช้ ทฤษฎี 7 Major Aspects of Care ในการดูแลผู้ป่วยโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Acute Otitis Media และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็น Mastoiditis สามารถนำมาวิเคราะห์และเปรียบเทียบโดยเชื่อมโยงกับ ทฤษฎี 7 Major

Aspects of Care เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระบบ
และครอบคลุม ดังนี้

ตารางที่ 1 ทฤษฎี 7 Major Aspects of Care

7 Major Aspects of Care	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การประเมินผู้ป่วย (Assessment)	เด็กชายอายุ 10 ปี ปวดหูซ้าย มีหนองไหลจากหู ตรวจ Otoscope พบเยื่อแก้วหูแดง บวม และมีของเหลวในหูชั้นกลาง การได้ยินลดลงเล็กน้อย	เด็กชายอายุ 12 ปี ปวดหูขวารุนแรง มีหนองไหลจากหู บวมแดงหลังใบหู กดเจ็บบริเวณ mastoid ใบหูอาจถูกดันออก CT scan พบการอักเสบของกระดูก mastoid
2. การจัดการกับอาการรบกวน (Symptom Distress Management)	เน้นการลดอาการปวดหู ลดไข้ และลดการอักเสบ ให้ยาแก้ปวด ยาลดไข้ และยาปฏิชีวนะ ดูแลทำความสะอาดหู	ควบคุมอาการปวดรุนแรง ลดการติดเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ดูแลการระบายหนอง และเฝ้าระวังอาการติดเชื้อรุนแรง
3. การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety)	แนะนำไม่ให้แคะหู ป้องกันน้ำเข้าหู สังเกตอาการไข้หรือปวดหูเพิ่ม	เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อแพร่กระจายไปสมอง มีไข้สูง ซึม หรือปวดศีรษะรุนแรง
4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Prevention of Complication)	ติดตามอาการเพื่อป้องกันการลุกลามไปสู่ mastoiditis หรือการสูญเสียการได้ยิน	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ฝีในสมอง เยื่อหุ้มสมองอักเสบ โดยให้การรักษาอย่างรวดเร็ว
5. การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care)	นัดติดตามอาการ ตรวจการได้ยิน และประเมินการหายของการอักเสบ รับประทานยาปฏิชีวนะให้ครบตามแผนการรักษา	ต้องติดตามอาการใกล้ชิดหลังการรักษา อาจต้องติดตามหลังผ่าตัด mastoidectomy ตรวจการได้ยิน และประเมินการหายของการติดเชื้อ
6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว (Facilitation of Patient & Family Self Care)	ให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลหู ป้องกันน้ำเข้าหู รับประทานยาให้ครบ และสังเกตอาการผิดปกติ	ให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลแผล การป้องกันการติดเชื้อซ้ำ และการสังเกตอาการรุนแรง
7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Enhancement of Patient Satisfaction)	ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและผู้ปกครอง	สื่อสารเกี่ยวกับการรักษาที่ซับซ้อน ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการรักษา

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.ปวดหูจากการอักเสบของหูชั้นกลาง **Subjective data (S)** เด็กบอกว่า “ปวดหูซ้าย” รู้สึกปวดมากขึ้น **Objective data (O)** มีหนองไหลออกจากหูซ้าย เด็กจับหูบ่อย สีหน้าเจ็บปวด เยื่อแก้วหูแดงและบวมจากการตรวจ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1.เพื่อบรรเทาอาการปวดหูของผู้ป่วย 2.เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายมากขึ้น 3.เพื่อป้องกันการเพิ่มความรุนแรงของการอักเสบในหูชั้นกลาง	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. ปวดบริเวณหลังใบหูจากการอักเสบของกระดูก mastoid** **Subjective data (S)** ผู้ป่วยบอกว่าปวดหูขวามาก **Objective data (O)** หลังใบหูบวมแดง กดเจ็บบริเวณ mastoid **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1.เพื่อบรรเทาอาการปวดบริเวณหูขวาและหลังใบหู 2.เพื่อเฝ้าระวังและลดการอักเสบของกระดูก mastoid 3.เพื่อป้องกันการลุกลามของการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยรายงานว่าอาการปวดลดลง (Pain score ลดลง) 2.บริเวณหลังใบหูบวมแดงลดลง

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เกณฑ์การประเมินผล 1.ผู้ป่วยบอกว่าอาการปวดหูลดลง 2.ระดับความปวดลดลง (Pain score ≤ 3/10) 3.เด็กไม่จับหูบ่อย สีหน้าผ่อนคลาย 4.ไม่มีอาการร้องไห้หรือกระสับกระส่ายจากความเจ็บปวด **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินระดับความปวด ลักษณะ และตำแหน่งของอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ 2.สังเกตอาการแสดงของความเจ็บปวด เช่น สีหน้า การร้องไห้หรือการจับหูบ่อย 3.จัดท่าศีรษะสูงหรือให้นอนตะแคงด้านที่ไม่ปวด เพื่อลดแรงดันในหูชั้นกลาง 4.ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Paracetamol 5.ดูแลทำความสะอาดหนองที่ไหลออกจากหูโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ 6.ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพียงพอและลดกิจกรรมที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย 7.ให้คำแนะนำผู้ปกครองเกี่ยวกับการสังเกตอาการปวดและการดูแลหูของเด็ก **การประเมินผลการพยาบาล** หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดหูลดลง เด็กไม่จับหูบ่อย สีหน้าดูผ่อนคลาย สามารถพักผ่อนได้ ระดับความปวดลดลง และไม่มีอาการแสดงของความเจ็บปวดรุนแรงเพิ่มเติม	3.ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ดีขึ้น 4.ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อที่รุนแรงเพิ่มขึ้น เช่น ไข้สูง บวมมากขึ้น **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินระดับความปวด ลักษณะ ตำแหน่ง และความรุนแรงของอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ 2.สังเกตอาการบวม แดง ร้อน และกดเจ็บบริเวณ mastoid 3.วัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย เพื่อติดตามภาวะการติดเชื้อ 4.จัดท่าศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อช่วยลดอาการปวดและการคั่งของเลือด 5.ให้ยาบรรเทาปวดหรือยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ 6.แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการกดหรือสัมผัสบริเวณที่ปวด 7.ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพียงพอ **การประเมินผลการพยาบาล** 1.ผู้ป่วยรายงานว่าอาการปวดหูขวาลดลง 2.อาการบวมแดงบริเวณหลังใบหูลดลง 3.ผู้ป่วยพักผ่อนได้ดี ไม่มีอาการปวดรุนแรง ไม่พบสัญญาณของการติดเชื้อเพิ่มขึ้น
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้นจากการอักเสบของหู **Subjective data (S)** ผู้ป่วยบอกว่ามีหนองไหลจากหู **Objective data (O)** พบหนองในหู WBC สูง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1.เพื่อป้องกันการแพร่กระจายหรือการติดเชื้อเพิ่มขึ้นในหูชั้นกลาง 2.เพื่อให้การอักเสบและการติดเชื้อลดลง 3.เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อเพิ่มขึ้น เช่น ไข้สูง ปวดหูมากขึ้น หรือบวมบริเวณหลังใบหู 2.ปริมาณหนองที่ไหลจากหูลดลง 3.ค่าเม็ดเลือดขาว (WBC) ลดลงหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ 4.ผู้ป่วยและผู้ปกครองสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลหูได้ถูกต้อง **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไข้ ปวดหู หนองไหลจากหู และบวมแดงบริเวณใบหู	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายของการติดเชื้อ** **Subjective data (S)** ผู้ป่วยมีหนองไหลจากหู **Objective data (O)** WBC สูง มี abscess หลังหู **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1.เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของการติดเชื้อไปยังอวัยวะอื่น 2.เพื่อควบคุมการติดเชื้อบริเวณหูและบริเวณหลังใบหู 3.เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อ **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยไม่มีอาการของการติดเชื้อรุนแรงเพิ่มขึ้น เช่น ไข้สูง หนองเพิ่มขึ้น 2.ปริมาณหนองจากหูลดลง 3.บริเวณ abscess หลังหูบวมแดงลดลง 4.ค่า WBC มีแนวโน้มลดลงหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไข้ ปวด บวม แดง และหนองจากหู 2.วัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายอย่างสม่ำเสมอ

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
2.ตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายอย่างสม่ำเสมอ 3.สังเกตลักษณะ ปริมาณ และกลิ่นของหนองที่ไหลจากหู 4.ดูแลทำความสะอาดบริเวณหูด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค 5.ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น Amoxicillin หรือ Amoxicillin-clavulanate และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา 6.แนะนำผู้ป่วยและผู้ปกครองไม่ให้แคะหูหรือให้น้ำเข้าหู เพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม 7.ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่า WBC เพื่อประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อ **การประเมินผลการพยาบาล** หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ไข้ไม่สูง ปริมาณหนองจากหูลดลง ค่า WBC มีแนวโน้มลดลง ผู้ป่วยและผู้ปกครองสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลหูได้อย่างถูกต้อง	3.ดูแลทำความสะอาดบริเวณหูและแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique) 4.สังเกตลักษณะ สี และปริมาณของหนองที่ไหลจากหู 5.ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามผลการรักษา 6.แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการแคะหูหรือสัมผัสบริเวณที่ติดเชื้อ 7.ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้งเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ **การประเมินผลการพยาบาล** 1.ผู้ป่วยไม่มีอาการติดเชื้อเพิ่มขึ้น 2.ปริมาณหนองจากหูลดลง 3.อาการบวมของ abscess หลังหูลดลง 4.ค่า WBC มีแนวโน้มลดลงและผู้ป่วยมีอาการทั่วไปดีขึ้น
ไม่พบข้อวินิจฉัยนี้	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อในสมอง** **Subjective data (S)** ผู้ป่วยบอกว่าปวดหูรุนแรง **Objective data (O)** Mastoid swelling มี abscess **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1.เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ 2.เพื่อเฝ้าระวังอาการที่บ่งบอกถึงการลุกลามของการติดเชื้อไปยังสมอง 3.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและรักษาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวดศีรษะรุนแรง ซึม สับสน หรือชัก 2.อาการบวมของ mastoid และ abscess ไม่เพิ่มขึ้น 3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้สูง 4.อาการปวดหูลดลง **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่อาจลุกลาม เช่น ปวดศีรษะรุนแรง ซึม สับสน อาเจียน หรือคอแข็ง 2.ประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ 3.วัดและติดตามสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย 4.สังเกตอาการบวม แดง และลักษณะของ abscess บริเวณ mastoid 5.ให้ยาปฏิชีวนะและยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด 6.ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ และจัดท่าศีรษะสูงเล็กน้อย

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	7.รายงานแพทย์ทันทีหากพบอาการผิดปกติ เช่น ซึมลง ไข้สูง หรืออาการทางระบบประสาท **การประเมินผลการพยาบาล** 1.ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อที่ลุกลามไปยังสมอง 2.อาการบวมของ mastoid และ abscess ไม่เพิ่มขึ้น 3.ผู้ป่วยมีอาการปวดหูลดลง 4. สัญญาณชีพปกติและไม่มีไข้สูง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3. การได้ยินลดลงชั่วคราวจากการมีหนองในหูชั้นกลาง **Subjective data (S)** ผู้ป่วยบอกว่าได้ยินลดลง **Objective data (O)** มีหนองในหูชั้นกลาง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1.เพื่อให้การได้ยินของผู้ป่วยดีขึ้นเมื่อการอักเสบลดลง 2.เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการได้ยิน 3.เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารและรับรู้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยรายงานว่าการได้ยินดีขึ้น 2.ผู้ป่วยสามารถตอบสนองต่อเสียงหรือคำพูดได้ดีขึ้น 3.ปริมาณหนองในหูลดลง 4.ไม่มีอาการแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการได้ยิน **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินระดับการได้ยินของผู้ป่วย โดยสังเกตการตอบสนองต่อเสียงหรือคำพูด 2.สังเกตลักษณะและปริมาณของหนองที่ไหลออกจากหู 3.ดูแลทำความสะอาดบริเวณหูอย่างถูกวิธีและใช้เทคนิคปลอดเชื้อ เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค 4.ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ยาปฏิชีวนะ Amoxicillin เพื่อลดการติดเชื้อ และยาบรรเทาอาการปวด เช่น Paracetamol 5.พูดคุยกับผู้ป่วยโดยใช้เสียงที่ชัดเจน และอยู่ในระยะใกล้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูล 6.แนะนำผู้ป่วยและผู้ปกครองให้หลีกเลี่ยงการแคะหูหรือให้น้ำเข้าหู 7.ติดตามอาการและรายงานแพทย์หากพบว่าการได้ยินไม่ดีขึ้นหรือมีอาการผิดปกติ **การประเมินผลการพยาบาล** หลังได้รับการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถตอบสนองต่อเสียงได้ดีขึ้น รายงานว่าการได้ยินดีขึ้น ปริมาณหนองในหูลดลง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการได้ยิน	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4. การได้ยินลดลงจากการอักเสบของหูชั้นกลางและ mastoid** **Subjective data (S)** ผู้ป่วยบอกว่าได้ยินลดลง **Objective data (O)** มีหนองในหู mastoid อักเสบ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1.เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถได้ยินและสื่อสารได้ดีขึ้น 2.เพื่อลดการอักเสบของหูชั้นกลางและกระดูก mastoid 3.เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้การได้ยินสูญเสียถาวร **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยรายงานว่าการได้ยินดีขึ้น 2.ปริมาณหนองในหูลดลง 3.อาการอักเสบบริเวณหูลดลง 4.ผู้ป่วยสามารถสื่อสารและตอบสนองต่อเสียงได้ดีขึ้น **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินระดับการได้ยินของผู้ป่วย และสังเกตความสามารถในการตอบสนองต่อเสียง 2.สังเกตลักษณะและปริมาณของหนองที่ไหลออกจากหู 3.ดูแลทำความสะอาดหูตามแผนการรักษา โดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ 4.ให้ยาปฏิชีวนะหรือยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 5.แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการแคะหูหรือให้น้ำเข้าหู 6.พูดกับผู้ป่วยด้วยเสียงชัดเจน ช้า และอยู่ด้านที่ผู้ป่วยได้ยินดีกว่า 7.ส่งเสริมให้ผู้ป่วยแจ้งเมื่อมีอาการหูอื้อ ปวดหู หรือการได้ยินลดลงมากขึ้น **การประเมินผลการพยาบาล** 1.ผู้ป่วยรายงานว่าการได้ยินดีขึ้น 2.หนองในหูลดลง 3.อาการอักเสบของหูลดลง ผู้ป่วยสามารถสื่อสารและตอบสนองต่อเสียงได้ดี
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4. วิตกกังวลกลัวหูซ้ายหนวกเนื่องจากการได้ยินลดลง **Subjective data (S)**	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5. วิตกกังวลกลัวหูขวาหนวกเนื่องจากการได้ยินลดลง** **Subjective data (S)**

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ผู้ป่วยบอกว่า “ได้ยินหูซ้ายลดลง” ผู้ป่วยแสดงความกังวลว่าจะหูหนวก **Objective data (O)** มีหนองในหูชั้นกลาง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกังวล เช่น ซักถามเกี่ยวกับการได้ยินบ่อย มีการตอบสนองต่อเสียงลดลงจากหูข้างซ้าย **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1.เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการสูญเสียการได้ยิน 2.เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของการได้ยินลดลงและแนวทางการรักษา 3.เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจและผ่อนคลายมากขึ้น **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยบอกว่าความกังวลลดลง 2.ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลายและพฤติกรรมสงบขึ้น 3.ผู้ป่วยสามารถอธิบายสาเหตุของการได้ยินลดลงได้ 4.ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและการพยาบาล **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยจากพฤติกรรม สีหน้า และการซักถาม 2.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกหรือความกังวลเกี่ยวกับการได้ยิน 3.อธิบายสาเหตุของการได้ยินลดลงว่าเกิดจากการอักเสบและหนองในหูชั้นกลาง ซึ่งมักเป็นภาวะชั่วคราวในโรค Acute Otitis Media 4.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและการใช้ยาตามแผนการรักษา เช่น ยาปฏิชีวนะ Amoxicillin เพื่อลดการติดเชื้อ 5.ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าการได้ยินมักจะดีขึ้นเมื่อการอักเสบลดลง 6.ส่งเสริมบรรยากาศที่สงบและช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย **การประเมินผลการพยาบาล** หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง สีหน้าผ่อนคลาย สามารถเข้าใจสาเหตุของการได้ยินลดลง และให้ความร่วมมือในการรักษาและการพยาบาล	ผู้ป่วยบอกว่า “ได้ยินหูขวาลดลง” ผู้ป่วยแสดงความกังวลว่าจะหูหนวก **Objective data (O)** พบหนองในหู มีการอักเสบของหูชั้นกลาง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกังวล เช่น ซักถามเกี่ยวกับการได้ยินบ่อย การตอบสนองต่อเสียงด้านขวาลดลง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1.เพื่อให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง 2.เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของการได้ยินลดลงและการรักษา 3.เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและให้ความร่วมมือในการรักษา **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยรายงานว่าความกังวลลดลง 2.ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย ไม่กระสับกระส่าย 3.ผู้ป่วยสามารถอธิบายสาเหตุของการได้ยินลดลงได้ 4.ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและการพยาบาล **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยจากการสังเกตพฤติกรรม สีหน้า และการซักถาม 2.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึก ความกลัว หรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการได้ยิน 3.อธิบายสาเหตุของการได้ยินลดลงว่าเกิดจากการอักเสบหรือหนองในหู ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นภาวะชั่วคราวและสามารถดีขึ้นได้เมื่อการติดเชื้อลดลง 4.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา เช่น Amoxicillin เพื่อลดการติดเชื้อ 5.ให้กำลังใจผู้ป่วยและสร้างความมั่นใจว่าการรักษาจะช่วยให้อาการดีขึ้น 6.ส่งเสริมบรรยากาศที่สงบ และให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพื่อลดความเครียด **การประเมินผลการพยาบาล** หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง สีหน้าผ่อนคลาย สามารถเข้าใจสาเหตุของการได้ยินลดลง และให้ความร่วมมือในการรักษาและการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5. ผู้ปกครองขาดความรู้ในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อหู **Subjective data (S)** ผู้ปกครองถามวิธีดูแลหูเด็ก **Objective data (O)** ผู้ปกครองไม่ทราบวิธีป้องกันน้ำเข้าหู **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1.เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อหู 2.เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถดูแลเด็กได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมที่บ้าน 3.เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการติดเชื้อซ้ำ	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6. ความสามารถในการสื่อสารลดลง เนื่องจากหูขวาอื้อ** **Subjective data (S)** ผู้ป่วยบอกว่า “หูขวาอื้อ” ผู้ป่วยบอกว่าได้ยินไม่ชัด **Objective data (O)** พบหนองในหูขวา ผู้ป่วยต้องให้ผู้อื่นพูดซ้ำบ่อย ผู้ป่วยตอบสนองต่อเสียงจากด้านขวาลดลง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้น

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เกณฑ์การประเมินผล 1.ผู้ปกครองสามารถอธิบายวิธีการดูแลหูของเด็กได้ถูกต้อง 2.ผู้ปกครองสามารถบอกวิธีป้องกันน้ำเข้าหูและการติดเชื้อเพิ่มได้ 3.ผู้ปกครองสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการให้ยาและการดูแลเด็กได้ 4.ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการดูแลเด็กที่บ้าน **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคและการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อหู 2.อธิบายสาเหตุ อาการ และการดูแลเด็กที่เป็นโรคหูชั้นกลางอักเสบให้ผู้ปกครองเข้าใจ 3.แนะนำวิธีการดูแลหูของเด็ก เช่น หลีกเลี่ยงการให้น้ำเข้าหู ไม่แคะหู และรักษาความสะอาดบริเวณหู 4.สอนผู้ปกครองเกี่ยวกับการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การให้ยาปฏิชีวนะ Amoxicillin และยาลดไข้/บรรเทาปวด เช่น Paracetamol อย่างถูกต้อง 5.แนะนำสัญญาณอันตรายที่ควรรีบมาพบแพทย์ เช่น ไข้สูง ปวดหูมากขึ้น หรือมีหนองไหลมากผิดปกติ 6.เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองซักถามข้อสงสัยและให้คำแนะนำเพิ่มเติม **การประเมินผลการพยาบาล** หลังให้คำแนะนำ ผู้ปกครองสามารถอธิบายวิธีดูแลหูเด็กและวิธีป้องกันน้ำเข้าหูได้อย่างถูกต้อง สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการให้ยาและการดูแลเด็กได้ มีความมั่นใจในการดูแลเด็กที่บ้าน	2.เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลหรือคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ 3.เพื่อลดผลกระทบจากการได้ยินลดลงชั่วคราว **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและตอบสนองต่อการสื่อสารได้ถูกต้อง 2.ผู้ป่วยไม่ต้องให้ผู้อื่นพูดซ้ำบ่อย 3.ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง 4.ผู้ป่วยรายงานว่าการสื่อสารดีขึ้น **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินระดับการได้ยินและความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย 2.พูดคุยกับผู้ป่วยโดยใช้เสียงที่ชัดเจน ช้าลง และอยู่ในระยะใกล้ 3.ยืนหรืออยู่ด้านที่ผู้ป่วยได้ยินชัดเจนกว่า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจการสื่อสาร 4.ใช้ภาษากาย ท่าทาง หรือการเขียนประกอบในการสื่อสารหากจำเป็น 5.ตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยทวนคำแนะนำ 6.ให้การรักษาตามแผนแพทย์ เช่น การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อ เช่น Amoxicillin เพื่อช่วยให้การอักเสบลดลงและการได้ยินดีขึ้น **การประเมินผลการพยาบาล** หลังได้รับการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถเข้าใจคำพูดและสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพได้ดีขึ้น ไม่ต้องให้พูดซ้ำบ่อย สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6. ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน **Subjective data (S)** ผู้ป่วย/ผู้ดูแลถามเกี่ยวกับวิธีดูแลหูเมื่อกลับบ้าน ผู้ดูแลถามวิธีการให้ยาและการป้องกันน้ำเข้าหู **Objective data (O)** ผู้ดูแลไม่สามารถอธิบายวิธีการดูแลหูที่ถูกต้องได้ ผู้ดูแลไม่ทราบสัญญาณอันตรายที่ต้องกลับมาพบแพทย์ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1.เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้อง 2.เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำหรือภาวะแทรกซ้อน 3.เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้ยาและสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้ **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถอธิบายวิธีการดูแลหูได้ถูกต้อง 2.ผู้ดูแลสามารถอธิบายวิธีการให้ยาได้ถูกต้อง 3.ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกสัญญาณอันตรายที่ต้องกลับมาพบแพทย์ได้	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7. ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน** **Subjective data (S)** ผู้ป่วย/ผู้ดูแลถามเกี่ยวกับวิธีดูแลหูเมื่อกลับบ้าน ผู้ดูแลถามวิธีการให้ยาและการป้องกันน้ำเข้าหู **Objective data (O)** ผู้ดูแลไม่สามารถอธิบายวิธีการดูแลหูที่ถูกต้องได้ ผู้ดูแลไม่ทราบสัญญาณอันตรายที่ต้องกลับมาพบแพทย์ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1.เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้อง 2.เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำหรือภาวะแทรกซ้อน 3.เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้ยาและสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้ **เกณฑ์การประเมินผล** 1.ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถอธิบายวิธีการดูแลหูได้ถูกต้อง 2.ผู้ดูแลสามารถอธิบายวิธีการให้ยาได้ถูกต้อง 3.ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกสัญญาณอันตรายที่ต้องกลับมาพบแพทย์ได้

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
4.ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง 2.ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ 3.แนะนำการดูแลหู เช่น หลีกเลี่ยงน้ำเข้าหู ไม่แคะหู และรักษาความสะอาดบริเวณหู 4.แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษา เช่น ยาปฏิชีวนะ Amoxicillin ให้ครบตามกำหนด และการใช้ยาลดไข้/บรรเทาปวด เช่น Paracetamol 5.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสัญญาณอันตราย เช่น ไข้สูง ปวดหูมากขึ้น หนองไหลมาก หรือมีอาการบวมหลังใบหู ซึ่งควรรีบมาพบแพทย์ 6.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และทบทวนความเข้าใจโดยให้ผู้ดูแลอธิบายกลับ **การประเมินผลการพยาบาล** หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถอธิบายวิธีดูแลหู การให้ยา และการป้องกันน้ำเข้าหูได้ถูกต้อง สามารถบอกสัญญาณอันตรายที่ต้องมาพบแพทย์ได้ และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	4.ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง 2.ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ 3.แนะนำการดูแลหู เช่น หลีกเลี่ยงน้ำเข้าหู ไม่แคะหู และรักษาความสะอาดบริเวณหู 4.แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษา เช่น ยาปฏิชีวนะ Amoxicillin ให้ครบตามกำหนด และการใช้ยาลดไข้/บรรเทาปวด เช่น Paracetamol 5.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสัญญาณอันตราย เช่น ไข้สูง ปวดหูมากขึ้น หนองไหลมาก หรือมีอาการบวมหลังใบหู ซึ่งควรรีบมาพบแพทย์ 6.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และทบทวนความเข้าใจโดยให้ผู้ดูแลอธิบายกลับ **การประเมินผลการพยาบาล** หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถอธิบายวิธีดูแลหู การให้ยา และการป้องกันน้ำเข้าหูได้ถูกต้อง สามารถบอกสัญญาณอันตรายที่ต้องมาพบแพทย์ได้ และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษากรณีศึกษาที่ 1 พบว่าผู้ป่วยมีภาวะการติดเชื้อของหูซึ่งส่งผลให้เกิดการอักเสบภายในหู ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหูและมีสิ่งคัดหลั่งออกจากหู อาการดังกล่าวเกิดจากกระบวนการอักเสบของเนื้อเยื่อ ซึ่งร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อโดยมีการเพิ่มจำนวนของเซลล์เม็ดเลือดขาว การขยายตัวของหลอดเลือด และการสะสมของสารคัดหลั่งภายในบริเวณที่ติดเชื้อ ส่งผลให้เกิดอาการปวด บวม และไม่สบายบริเวณหู นอกจากนี้ภาวะการอักเสบยังอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบการได้ยิน ทำให้ผู้ป่วยมีการได้ยินลดลง และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย[3]

จากข้อมูลอัตนัยและข้อมูลปรนัยสามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม โดยการพยาบาลมุ่งเน้นการบรรเทาอาการปวด การควบคุมและลดการติดเชื้อ รวมทั้งการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การลุกลามของการติดเชื้อไปยังอวัยวะใกล้เคียง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง เช่น การประเมินระดับความปวด การสังเกตลักษณะของสิ่งคัดหลั่งจากหู และการติดตามสัญญาณชีพของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อ และยาบรรเทาปวดเพื่อลดความไม่สุขสบายของผู้ป่วย รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยของหูและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบตามกระบวนการพยาบาล จะช่วยให้สามารถควบคุมการติดเชื้อ ลดอาการปวด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น รวมทั้งลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

จากการศึกษากรณีศึกษาที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมีภาวะ mastoiditis ซึ่งเป็นการอักเสบของกระดูก mastoid ที่อยู่บริเวณหลังใบหู ภาวะนี้มักเกิดจาก

การติดเชื้อของหูชั้นกลางที่ลุกลามไปยังเซลล์อากาศภายในกระดูก mastoid ทำให้เกิดการสะสมของหนองและเกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหูอย่างรุนแรง มีหนองไหลจากหู และมีอาการบวมบริเวณหลังใบหูร่วมกับการเกิด abscess นอกจากนี้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าค่าเม็ดเลือดขาวสูง ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อ หากภาวะดังกล่าวไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม อาจทำให้การติดเชื้อลุกลามไปยังโครงสร้างใกล้เคียง เช่น เยื่อหุ้มสมองหรือสมอง และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้[4]

การพยาบาลผู้ป่วยในกรณีนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยมุ่งเน้นการควบคุมและลดการติดเชื้อ การบรรเทาอาการปวด การเฝ้าระวังการแพร่กระจายของเชื้อ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น การสังเกตอาการบวม แดง และความเจ็บปวดบริเวณ mastoid การประเมินลักษณะและปริมาณของหนองที่ไหลออกจากหู รวมทั้งการติดตามสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท นอกจากนี้ยังต้องให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การให้ยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่อง และการดูแลแผลด้วยหลักการปลอดเชื้อ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ[5]

จากการดำเนินการพยาบาลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สามารถช่วยควบคุมการติดเชื้อ ลดการอักเสบ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการประเมินอาการ การให้การดูแลรักษา และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. กิติรัตน์ อังกานนท์. (2561). โรคหู คอ จมูกที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็ก. กรุงเทพฯ: ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2568). รายงานประจำปี 2568. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
Paul, C. R., & Moreno, M. A. (2019). Acute otitis media. JAMA Pediatrics.
3. พรศิริ พันธสี. (2555). กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก (พิมพ์ครั้งที่ 11). บริษัท พิมพ์อักษร จำกัด.
4. ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย. (2556). แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน (Clinical practice guideline for acute otitis media).
5. สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). ภาวะหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน (Acute otitis media).

ผลของโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยตนเองต่อระดับอาการชาเท้า ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาการทรงตัว ตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยนาท

Effects of Self-Care Foot Program on Diabetic Peripheral Neuropathy in Elderly with Type 2 Diabetes and Balance Impairment in a Sub-district of Chainat Province.

(Received: March 9,2026 ; Revised: March 12,2026 ; Accepted: March 15,2026)

ศศิมา วัฒนา[1] พิมพ์นภา ชมชื่น[1] วรรณจารี สันติจารี[2]
Sasima Watthana[1] Phimnapha Chomchuen[1] Wannajaree Santijaree[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับอาการชาเท้า ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาการทรงตัวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยตนเอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว โดยใช้กรอบแนวคิดของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ในการออกแบบโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย และกำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จะได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยตนเอง 4 สัปดาห์และประเมินคะแนนเฉลี่ยจำนวนจุดชาเท้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยายและวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำฟรีดแมนและวิลคอกซัน

ผลการศึกษา: ค่าเฉลี่ยจำนวนจุดชาที่เท้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.43$, $p < .001$ และ $Z = -4.8$, $p < .01$) ตามลำดับ

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลเท้าด้วยตนเอง, ระดับอาการชาเท้า, ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2, ปัญหาการทรงตัว

ABSTRACT

This study aimed to compare the mean scores of foot numbness in elderly patients with type 2 diabetes and balance problems before and after participating in a self-care foot program. This study adopted a quasi-experimental, one-group design established on the conceptual structure of self-efficacy theory to develop a self-care foot program. The sample was selected using simple random sampling and consisted of 30 participants. Each participant received the self-care foot program for a duration of 4 weeks. The average scores of foot numbness symptoms were assessed before and after participation in the program. Data were analyzed using descriptive statistics and one way repeated measures Friedman test and Wilcoxon Signed Ranks test.

Result : The findings revealed that the mean score of foot numbness symptoms at post intervention at 4 weeks and 8 weeks was statistically decreased compared with the pre-intervention ($Z = -4.43$, $p < .001$ และ $Z = -4.8$, $p < .01$)

Keyword: Self-Care Foot Program on Diabetic Peripheral Neuropathy in Elderly Foot numbness level ; Type 2 Diabetes, Balance Impairment

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกและมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุเกิดจากการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas พบว่า 1 ใน 10 คน ทั่วโลกป่วยด้วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน และเสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านคนต่อปี คาดว่า ปี พ.ศ. 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบว่า 1 ใน

[1] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: phimnapha@bcnchainat.ac.th
[2] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางขุด

10 คน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6.5 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [1]จากสถานการณ์นี้ หากผู้โรคป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้หรือเป็นโรคเบาหวานระยะเวลานาน จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ได้แก่ไตวายเรื้อรัง จอประสาทตาเสื่อมและภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม โรคหลอดเลือดส่วนปลายที่ขาตีบ ผู้ที่เคยมีประวัติแผลที่เท้า เมื่อพิจารณาทั้งช่วงชีวิต พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นแผลที่เท้าสูงถึงร้อยละ 15-25 และหากเคยมีแผลที่เท้าแล้วจะมีโอกาสเป็นแผลซ้ำในปีแรกสูงถึงร้อยละ 30-40 ในผู้ที่ถูกตัดขา/เท้า/นิ้วเท้ามากกว่าร้อยละ 80 มีประวัติการเป็นแผลนำมาก่อน[2] จังหวัดชัยนาทอัตราป่วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากรมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนี้ ปีพ.ศ. 2562 -2564 จำนวน 8,479.64, 8,646.09และ 8,719.78 ตามลำดับและกลุ่มที่ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ[2]

ในการศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยนาท มีความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไปและร้อยละ 27.75 มีความเสี่ยงการตีบของหลอดเลือดส่วนปลายซึ่งปัจจัยการเกิด คือ มากกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้สูงอายุและในจำนวนนี้ร้อยละ 50 มีปัญหาการเคลื่อนไหว การทรงตัว ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน การมีภาวะน้ำตาลในเลือดที่สูงและพฤติกรรมการดูแลเท้าไม่ถูกต้องและมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการตัดนิ้วเท้าและเท้าจำนวน 4 คน เสียชีวิตจากการมีแผลที่เท้าจากโรคเบาหวาน 1 คน[3] ซึ่งมีการศึกษาผู้ป่วย 1 ใน 4 คน มีแผลที่เท้าที่รักษาหาย ต้องสูญเสียอวัยวะ(ตัดนิ้วเท้า) ใช้เวลาในการรักษานานถึง 195 วัน มีค่าใช้จ่ายในการรักษา 178,600 บาท และยังพบว่ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทุกด้าน เช่น ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง รวมถึงครอบครัวที่ต้องดูแลด้วย[4] แสดงให้เห็นว่า การป้องกันไม่ให้เกิดแผลมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อลดการตัดอวัยวะส่วนล่าง (lower extremity amputation) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จากสถานการณ์ดังกล่าวการส่งเสริมสุขภาพด้วยการนวดเท้าเป็นศาสตร์หนึ่งของการนวดไทยซึ่งเชื่อว่าอวัยวะต่างๆในร่างกายมีส่วนของปลายประสาทกระจายไปติดต่อกับอวัยวะอื่นๆทั่วร่างกาย รวมทั้งฝ่าเท้าด้วย ฉะนั้นเมื่อกดนวดที่ฝ่าเท้าจึงเท่ากับเป็นการกระตุ้นและช่วยปรับระดับการทำงานของอวัยวะของร่างกายให้สมดุล การนวดยังมีผลทำให้หลอดเลือดเกิดการขยายตัวเลือดไหลเวียนบริเวณเท้าได้ดีขึ้นจึงส่งผลให้อาการชาที่เท้าลดลง จากการศึกษาจะเห็นได้ว่ามีการนำวัสดุพื้นบ้านที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาใช้ในการนวดเท้า เช่น กะลา รางไม้ร่วมกับการให้ความรู้สามารถช่วยกระตุ้นให้มีการไหลเวียนโลหิต ลดอาการชาบริเวณเท้าให้ดีขึ้น นอกจากมีการนวดเท้าด้วยกะลา การนวดเท้าด้วยตนเอง[5] ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเลือกนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมการดูแลเท้าที่ผ่านมาส่วนใหญ่ท่านวดจะต้องยืดนวดซึ่งจะไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว ดังนั้นการนวดเท้าด้วยตนเองด้วยท่าทางที่เหมาะสม จะเป็นอีกทางเลือกของผู้ป่วยประกอบกับการใช้แนวคิดการรับรู้ในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของแบนดูร่า[6] มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีปัญหาการทรงตัว โดยการเรียนรู้จากแบบอย่าง การได้ลองปฏิบัติจนสำเร็จ การได้รับแรงจูงใจ และการได้รับการดูแลสภาพอารมณ์และร่างกายที่ดีพร้อมในการปรับพฤติกรรมเชื่อว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อมั่น รับรู้ความสามารถของตนเอง ย่อมมีความกระตือรือร้นที่จะปรับพฤติกรรมในการดูแลเท้าและนวดเท้าด้วยตนเองได้สำเร็จ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการและการเสียชีวิตอีกทั้งผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพเท้าด้วยตนเองที่บ้านโดยใช้ภูมิปัญญาในการนวดเท้าสอดคล้องกับวิถีชีวิตบริบทของตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับอาการชาเท้า ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาการทรงตัวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการชาเท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาการทรงตัวภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยตนเองจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการชาเท้าลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับอาการชาเท้า ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาการทรงตัวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยตนเอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยนาท พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยนาท ปีพ.ศ. 2567 จำนวน 342 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุป่วยโรคเบาหวานที่มีปัญหาการทรงตัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยนาท ปี พ.ศ. 2567 ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูปที่สร้างขึ้นจากสูตรของโคเฮนในการคำนวณโดยหาขนาดอิทธิพล ค่าความแตกต่างจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันคือ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าต่อความรู้และระดับอาการชาเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล[7] ได้เท่ากับ .78 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ .80 และระดับนัยสำคัญ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 25 คน เพิ่มอีกร้อยละ 20 กรณีต้องออกในระหว่างดำเนินการ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งปี พ.ศ. 2567 ที่มีคุณสมบัติคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) ผู้ป่วยเบาหวานมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่า ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการรักษาโดยใช้ยารับประทานเพื่อควบคุมยาระดับน้ำตาลในเลือด และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดตั้งแต่ 6.5 - 8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 2) ผ่านการทดสอบการทรงตัวของผู้สูงอายุโดยประเมินความเสี่ยงการหกล้ม Timed Up and Go (TUG) มากกว่า 12 นาที 3) ไม่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคตาต้อกระจก โรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิต มากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท 4) สื่อสารด้วยการฟังพูดและอ่านภาษาไทยได้ 5)ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 6) ทดสอบอาการชาที่เท้าทั้งสองข้างด้วย โมโนฟิลาเมนท์ พบว่าสูญเสียการรับความรู้สึกที่เท้าอย่างน้อย 1 จุด 7) ไม่เคยบริหารเท้าด้วยอุปกรณ์ใดๆ หรือนวดเท้ามาก่อนอย่างน้อย 1 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ผลของโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิด ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลเท้า และคู่มือเรื่องการดูแลเท้าในผู้ผู้สูงป่วยโรคเบาหวาน การนวดเท้าที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ท่าที่ใช้ในการนวดเท้าด้วยตนเองที่ลดอาการชาเท้าของบัณฑิต พรหมมานนท์[7] ซึ่งประกอบด้วยจำนวน 9 ท่า ได้แก่ ท่าที่ 1–9 ท่าละ 20 วินาที ทำ 3 รอบ ในช่วงเวลาว่างของแต่ละวันอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งการนวดจะช่วยเลือดไหลเวียนดีขึ้น ลดการตึงของเส้นเอ็นและกล้ามเนื้อที่เท้าในคู่มือจะประกอบ ด้วยหลักการดูแลเท้า ประโยชน์ข้อควรระวังในการนวดเท้า การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยตนเองผู้วิจัยดำเนินการหาความตรงเชิงเนื้อหา

(Content Validity) ของโปรแกรม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ทางด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 3 คน เป็นผู้ตรวจสอบโดยทำการประเมินตามเกณฑ์ของระดับความเหมาะสม (Appropriateness)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุป่วยโรคเบาหวานที่มีปัญหาการทรงตัว ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนและแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีปัญหาการทรงตัวด้วยการนวดเท้า เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อความทางบวก ทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item - Total Correlation) หรือ ค่า r อยู่ระหว่าง 0.06 – 1.00 และค่า ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Cronbach's Alpha) ทั้งฉบับ =0.85

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทรงตัว Timed Up and Go Test (TUGT) ของ Podsiadlo & Richardson(1991) โดยการลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้และเดินไปด้านหน้าระยะทาง 3 เมตร จากนั้นหมุนตัวกลับและเดินกลับไปนั่งที่จุดเริ่มต้น โดยจับเวลา ค่าปกติอยู่ที่ 15 วินาที หากพบว่าใช้เวลามาก แสดงถึงการทรงตัวบกพร่องมาก แต่การทดสอบใช้เวลาน้อยแสดงถึงความสามารถในการทรงตัวดีมากทดสอบจากผู้ช่วยผู้วิจัย 1 ท่านที่ได้รับการอบรมและฝึกฝนวิธีการประเมินจนมีความเข้าใจตรงกัน หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient : ICC) เท่ากับ .99

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกค่าระดับอาการชาเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ประเมินจำนวนจุดชาโดยการตรวจ Semmes-Weinstein monofilament 10 กรัม เป็นอุปกรณ์ที่ทำ จากเส้นใยไนลอนที่มี ขนาด 5.07

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์แรก ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วน จากนั้นดำเนินการทดลองซึ่งมีระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาการทรงตัวซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) สร้างสัมพันธภาพ เพื่อจัดระบบความคิด และดำเนินกิจกรรมการตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) คือ 1. การเสนอตัวแบบ โดยผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีประสบการณ์ได้มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2. การกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติและพบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ดูการสาธิตการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง 9 ท่า และสาธิตย้อนกลับ 3. การให้ข้อมูล ความรู้ในการควบคุมน้ำตาลและการดูแลเท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีปัญหาการทรงตัว นำเสนอวิธีการผ่อนคลายความเครียด

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) การคำนึงถึงสภาพอารมณ์และสังคมของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเยี่ยมบ้านสังเกตความถูกต้องการดูแลเท้าของกลุ่มตัวอย่างและเสริมแรงในการดูแลตนเองและการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากสัปดาห์ที่ผ่านมา

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) การคำนึงถึงสภาพอารมณ์และสังคมของผู้ป่วย โดยการเยี่ยมบ้านสังเกตความถูกต้องการดูแลเท้าของกลุ่มตัวอย่างและเสริมแรงในการดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ครั้งที่ 4 และ 5 (สัปดาห์ที่ 4 และ 8) ระยะหลังการทดลองและระยะติดตาม กลุ่มตัวอย่าง ได้รับประเมินหลังการทดลองโดยประเมินอาการชาเท้า

3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยโดยใช้แบบประเมินระดับอาการชาที่เท้าเช่นเดียวกับก่อนการใช้โปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และค่าคะแนนเฉลี่ยระดับอาการชาที่เท้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น สามารถทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแบบนอนพาราเมตริก ชนิดสถิติฟรีดแมน (Friedman test) และเปรียบเทียบรายคู่โดยใช้สถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed RanksTest)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท เลขที่ BCNC- IRB 016/67 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมโครงการวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วมการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย การได้รับสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เช่น สิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเปิดเผย และสิทธิที่ได้รับการปกปิดชื่อ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยถ้าปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่สูญเสียสิทธิ ต่างๆ

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 30 คนเป็นเพศหญิงจำนวน 18 คน (ร้อยละ 60) เพศชายจำนวน 12 คน (ร้อยละ 40) มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุดจำนวน 25 คน (ร้อยละ 83) มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.67) นับถือศาสนาพุทธทุกคน (ร้อยละ 100) ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปีจำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.33) มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดส่วนใหญ่ไม่เกิน 7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.33) การทดสอบการทรงตัวใช้เวลามากกว่า 12 นาทีทุกคน (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่ไม่เคยบริหารเท้าจำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.66) และมีปัญหารู้สึกเท้าชาทั้ง 2 ข้างรวมกันมากกว่า 2 ตำแหน่งจำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.33)

2. จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ สรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยจำนวนจุดชาที่เท้าไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น จึงได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแบบนอนพาราเมตริกชนิดสถิติฟรีแมน (Friedman Test) และเปรียบเทียบรายคู่โดยใช้สถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon signed Ranks Test) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนจุดชาที่เท้าของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์โดยใช้ชนิดสถิติฟรีแมน (Friedman Test) พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนจุดชาที่เท้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลเท้าและหลังการร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์หลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่หนึ่ง ($p < .01$) ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของจำนวนจุดชาที่เท้าของกลุ่มตัวอย่างช่วง ก่อนการทดลอง หลังทดลอง 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ โดยสถิติฟรีดแมน (Friedman Test) (N=30)

ระยะ	Mean Rank	χ^2	df	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.8	46.14	2	.00*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์	1.95			
หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์	1.25			

*$p < .01$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของจำนวนจุดชาที่เท้าของกลุ่มตัวอย่างช่วง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและ หลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ โดยสถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon signed Ranks Test) (N=30)

ตัวแปรของผลลัพธ์	MR	Z	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม - หลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์	2.8	-4.43	.00*
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม - หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์	1.95	-4.8	.00*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม4 สัปดาห์ - หลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์	1.25	-3.89	.00*

*p < .01

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนจุดชาของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ โดยสถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon signed Ranks Test) พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งในระยะเวลา 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถิติ ($Z = -4.43$, $p < .001$ และ $Z = -4.8$, $p < .01$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยตนเอง โดยภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X} = 4.63$, SD = 0.71) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้องเห็นด้วยและมีความพอใจต่อโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยตนเอง ได้รับความรู้ในการดูแลเท้า ลดอาการชาที่เท้าของกลุ่มตัวอย่าง และสามารถนำไปในชีวิตประจำวันได้จริง เวลานวดเท้าแล้วช่วยลดความตึงของเส้น รู้สึกสบาย มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาการทรงตัว ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังผู้ให้ข้อมูล ได้เล่าประสบการณ์การใช้โปรแกรมการ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีระดับอาการชาเท้าลดลง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับอาการชาเท้าลดลงเพราะว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีการนวดเท้าด้วยด้วยตัวเองซึ่งขั้นตอนการนวดมีหลายท่าและแต่ละท่าจะนวดตามตำแหน่งที่จะช่วยทำให้หลอดเลือดบริเวณฝ่าเท้าเกิดการขยายตัวส่งผลให้มีช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดไปยังปลายประสาท ทำให้เกิดการซ่อมแซมเส้นประสาทที่ได้รับความเสียหายจากภาวะโรคเบาหวาน และการนวดเป็นการกระตุ้นตัวรับสัมผัสที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ช่วยเพิ่มความไวของเส้นประสาทรับความรู้สึก[8] และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานมีการนวดเท้าด้วยตนเองเพื่อลดอาการเท้าชาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีความรู้สึกของเท้าดีขึ้นอย่างชัดเจนมีผลช่วยให้หลอดเลือดที่ไปยังส่วนปลายเท้าได้รับออกซิเจนและสารอาหารได้ดีขึ้น ทำให้การรับความรู้สึกดีขึ้นด้วย จึงเป็นเหตุผลทำให้เนื้อเยื่อบริเวณส่วนปลายมีความสมบูรณ์[9] และการที่กลุ่มตัวอย่างมีการปรับพฤติกรรมการดูแลเท้าของตนเองด้วยการนวดเท้านั้นเพราะ มีการเสนอตัวแบบ โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสบการณ์ในการดูแลเท้าด้วยการนวดเท้าด้วยตนเองมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติและพบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการชาที่เท้าได้ทดลองนวดเท้าด้วยตนเองและปฏิบัติได้ถูกต้อง การให้ข้อมูลที่เหมาะสมและถูกต้องโดยการให้ความรู้ในการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานและความรู้ในการควบคุมโรค การคำนึงถึงสภาพอารมณ์และสังคมของผู้ป่วย โดยการเยี่ยมบ้านสังเกตความถูกต้องการดูแลเท้าและเสริมแรงในการนวดเท้าด้วยตนเองการที่บ้านเพื่อให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในพฤติกรรมการดูแลเท้าของตนเองที่ทำได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้ในการดูแลเท้าและพฤติกรรมการดูแลเท้าที่

ดีกว่ากลุ่มควบคุม[10-11] ซึ่งแนวคิดของ Bandura[6] เกี่ยวกับ Self-Efficacy Theory ที่อธิบายว่าเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นการที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการนวดเท้าด้วยตนเองได้ ทำให้เกิด Mastery Experience ซึ่งเป็นแหล่งที่มาของ Self-Efficacy การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเกิดขึ้นจากแหล่งพลังทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ 1) การพบความสำเร็จจากการกระทำกิจกรรมใดของตนเอง 2) การเสนอตัวแบบ และตัวแบบดีควรมีคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย 3) การให้ข้อมูล และ4) การคำนึงความรู้สึกด้านอารมณ์ของกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายแบบโนราห์ประยุกต์ต่อระดับไกลโคไซเลทฮีโมโกลบินในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จัดกิจกรรมในโปรแกรมที่ช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย 1) การให้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการออกกำลังกาย 2) ได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลต้นแบบ พร้อมชมการสาธิตวิธีการออกกำลังกายแบบโนราห์ประยุกต์ที่ถูกต้องจากบุคคลต้นแบบ 3) จัด กิจกรรมที่มีความสนุกสอดแทรกในกิจกรรมหลัก และมีการกล่าวชมเชย 4) ฝึกทักษะการออกกำลังกายแบบโนราห์ประยุกต์ที่ถูกต้องให้กับผู้สูงอายุ ก่อนการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ความสำเร็จที่เกิดจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรำโนราห์ประยุกต์ของกลุ่มตัวอย่างได้ [12]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาการทรงตัวไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลเท้าและองศาของข้อเท้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาการทรงตัวในโปรแกรมการดูแลเท้า

2. ควรมีการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองที่มีการศึกษาสองกลุ่มเพื่อลดปัจจัยภายนอกของผลการประเมิน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565). วันเบาหวานโลก 2565. (เข้าถึงเมื่อ10 ก.พ.2568). เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29611&deptcode=brc

2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566.

3. รายงานสรุปผลการสำรวจและการคัดกรองภาวะสุขภาพ รพ.สต.บางขุด อ. สรรคบุรี จ.ชัยนาท ประจำปี พ.ศ. 2567.(2567).

4. โสมอุษา หงส์ร่อน. (2568). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลเรื้อรังที่เท้าและโรคร่วม.งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเกาะช้าง. (เข้าถึงเมื่อ10 ก.พ.2568). เข้าถึงได้จาก:ttps://trathospital.go.th/KM/TempDoc/temp_809.pdf

5.นครินทร์ อสิพงษ์ ประภัสสร ศิริกาญจน์ ศิริพร คำสะอาดและดวงใจ พรหมพยุคฆ์.(2565). ผลของการนวดเท้าด้วยอุปกรณ์พื้นบ้านต่ออาการชาเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน:การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน., วารสารการแพทย์แผนไทยทางเลือก. 2565, 20(2), 235-252.

6. Bandura A. (2010).Self–efficacy. In The Corsini Encyclopedia of Psychology. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 4: 1534- 36.

7.บัณฑิต พรหมมานนท์.(2565). สอนวิธีนวดแก้ชาเท้า ชาขา.2565. (เข้าถึงเมื่อ15 ม.ค.2568). เข้าถึงได้จาก:https://www.youtube.com/watch?v=trL4xDTEGIs

8. สุชานันท์ บัวเผื่อน, อัยยารินทร์ กุดเป่ง, เอกชัย โฉมยยงค์, อรรถพงษ์ ฤทธิทิศ , โกเวช ทองเทพ.(2568). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลเท้าต่อความรู้ พฤติกรรมและอาการชาเท้า ในกลุ่มผู้ป่วย เบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตำบลจานลาน อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข. 2568;4(1): 91-102.

9. นครินทร์ อสิพงษ์, ประภัสรา ศิริกาญจน์, ศิริพร คำสะอาด ดวงใจ พรหมพยัคฆ์. (2022). ผลของการนวดเท้าด้วย อุปกรณ์พื้นบ้านต่ออาการชาเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน:การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก, 20(2), 253-252.

10.รัชนก หฤทัยถาวร,มุกดา หนุ่ยศรี และวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล.(2563). ผลของโปรแกรมการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์.วารสารพยาบาล.2563; 69(4): 21-30.

11. Sharoni SKA, Rahman HA, Minhat HS, Ghazali SS, Azman MNA.(2018). The effects of self-efficacy enhancing program on foot self-care behaviour of people with diabetes: a randomised controlled trial in Malaysian and Bruneian settings. PLoS One. 2018;13(3):e0192417.

12. อมรวรรณ ฤทธิ์เรือง, นัยนา พิพัฒน์วณิชชาและพรชัย จูลเมตต์.(2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายแบบโนราห์ประยุกต์ต่อระดับไกลโคไซเลทฮีโมโกบิน ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 36(1), 173-200.

.

การพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ห้องคลอดโรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

Development of a nursing practice model to prevent early postpartum hemorrhage delivery room at Pla Pak Hospital, Pla Pak District, Nakhon Phanom Province.

(Received: March 21,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

ธัญรัตน์ มณีปกร[1]

Thanyarat Maneepakorn[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาล การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด และเพื่อประเมินผลของการใช้รูปแบบแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม การศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มมารดาที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดที่มารับบริการ ระหว่างวันที่ 4 กรกฎาคม 2568 ถึงวันที่ 4 กันยายน 2568 จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย การพยาบาลระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และการพยาบาลก่อนย้ายไปห้องผู้ป่วยหลังคลอด ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบ การปฏิบัติตามรูปแบบแนวทางปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สามารถปฏิบัติได้ ในทุกระยะปฏิบัติได้ทุกครั้ง ทุกข้อ ร้อยละ 100 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้รูปแบบแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกห้องคลอด พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็น ต่อการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดอยู่ในระดับมากที่สุด ในประเด็นต่างๆ ทุกประเด็น ($\bar{X}$ =5.00, S.D=0.00) ความพึงพอใจ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด อยู่ในระดับมากที่สุด ในประเด็นต่างๆทุกประเด็น ($\bar{X}$ =5.00, S.D=0.00) สรุปผลลัพธ์การใช้รูปแบบแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกก่อนและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ก่อนการพัฒนา ในปี 2566 พบภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 4.60 หลังการใช้รูปแบบแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มารดามีการตกเลือดหลังคลอดลดลงจากร้อยละ 4.60 ปี พ.ศ. 2567 เป็นร้อยละ 0

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาล ,ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลปลาปาก

Abstract

This research was quasi experiment research. The objective is to develop a nursing practice guideline for prevention of early postpartum hemorrhage in the delivery room and to evaluate the results of using the practice guidelines for prevention of early postpartum hemorrhage in the delivery room at Pla Pak Hospital, PlaPak District, Nakhon Phanom Province and study was divided into 3 steps. The sample consisted of 2 groups as follows: Group 1, a group of 6 professional nurses Group 2: Mothers at risk for postpartum hemorrhage who received services between July 4, 2025, and September 4, 2025, totaling 30 people Personal data of the sample group was analyzed by descriptive data analysis, including mean, standard deviation, and percentage.

The study results found that the guidelines for preventing postpartum hemorrhage included nursing care during the waiting period, delivery period, postpartum period, and nursing care before transferring to the postpartum ward Professional nurses' opinions on the nursing practice guidelines for preventing early postpartum hemorrhage in the delivery room can be implemented at all stages Can be practiced every time, every item, 100%. The opinions of professional nurses regarding the use of the practice guidelines for preventing early postpartum hemorrhage in

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลปลาปาก

the delivery room found that professional nurses have opinions. The satisfaction level of using the guidelines for prevention of early postpartum hemorrhage in the delivery room was at the highest level in every issue ("$\bar{X}$ =5.00, S.D=0.00). The satisfaction level found that professional nurses were satisfied . The use of the guidelines for prevention of early postpartum hemorrhage in the delivery room was at the highest level in all aspects ("$\bar{X}$ =5.00, S.D=0.00). Summary of the results of using the guidelines format Prevention of early postpartum hemorrhage before and after developing the guidelines. Before the development in 2023, 4.60% of postpartum hemorrhage cases were found after using the postpartum hemorrhage prevention guideline model In the first period, the rate of postpartum hemorrhage among mothers decreased from 4.60 percent in 2024 to 0 percent.

Keywords: Development of nursing practice guidelines, prevention of early postpartum hemorrhage

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่เกิดขึ้นได้กับหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตถึง 1 ใน 3 ของมารดาทั่วโลก ในแต่ละปีพบว่ามีมารดาหลังคลอดประมาณ 14 ล้านคนที่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดส่งผลทำให้เสียชีวิต ประมาณ 70,000 รายทั่วโลก และถึงแม้ว่ามารดาหลังคลอดจะรอดชีวิตแต่ก็อาจส่งผลให้เกิดความพิการทางระบบสืบพันธุ์ตลอดชีวิต สำหรับประเทศไทย ในปี 2565-2567 พบอัตราการตายของมารดาเท่ากับ 20.29, 34.68, และ 25.86 ต่อแสนของการเกิดมีชีพ การเกิดมีชีพตามลำดับ ในปี 2566 พบว่าสาเหตุหลักในการเสียชีวิตของมารดาเกิดจากสาเหตุทางตรง (direct cause) มากที่สุด คือ การตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 37.53 จากการศึกษาพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดที่พบมากที่สุดคือ มดลูกหดรัดตัวไม่ดี (Uterine atony) ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 70-80 ของภาวะตกรกค้าง และการมีปัญหาเกี่ยวกับ การแข็งตัวของเลือด (รัตยา โพธิผลิ, 2563) สำหรับจังหวัดนครพนมในปี 2565 -ปี 2567 พบอัตราการตายของมารดาเท่ากับ 22.02 ,19.11 และ 23.56 ต่อการเกิดมีชีพ[1]

จากข้อมูลสถิติหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม ในปี 2565 -ปี 2567 พบว่า อุบัติการณ์ตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมง แรกหลังคลอดของผู้ที่คลอดทางช่องคลอด คิดเป็นร้อยละ 2.89, 3.05 และ 4.60 ตามลำดับ (ห้องคลอดโรงพยาบาลปลาปาก, 2567) จากการทบทวนเวชระเบียนโรงพยาบาลปลาปาก ในปีงบประมาณ 2567 พบว่า มารดาคลอดทางช่องคลอดที่เกิดการ ตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีจำนวน 6 คน ซึ่งเกิดจากสาเหตุมดลูกหดรัดตัว ไม่ดี 3 คน (ร้อยละ 50) การฉีกขาดของช่องทางคลอด 2 คน (ร้อยละ 33.33) และจากเศษรกค้าง 1 คน (ร้อยละ 16.67) ตามลำดับ ซึ่งตัวชี้วัดการตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลไม่เกินร้อยละ 5 ของมารดาคลอด แม้ว่าอัตราตกเลือดหลังคลอดที่เกิดในห้องคลอดของโรงพยาบาลปลาปากจะต่ำกว่าตัวชี้วัด และไม่มีมารดาเสียชีวิต[2] แต่จากข้อมูลการตกเลือดหลังคลอดในแต่ละปีพบว่า มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทุกปีและหากเกิดภาวะแทรกซ้อนจะเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ ซึ่งการตกเลือดหลังคลอดที่ควบคุมไม่ได้อาจทำให้เกิดความรุนแรงจนต้องตัดมดลูกเพื่อหยุดการเสียเลือดทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้ รวมถึงกรณีที่เลือดออกอย่างรุนแรงและรวดเร็ว หรือดูแลรักษาไม่ทันท่วงทีอาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อมารดาทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของครอบครัว[3]

จากการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลเนื่องจากต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลนานขึ้น หรือมีการส่งต่อไปทำการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ซึ่งจากปัญหาดังกล่าว ห้องคลอดโรงพยาบาลปลาปาก ได้มีการหาแนวทางป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก เช่น การคัดกรองประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นจากสมุดฝากครรภ์ การซักประวัติเพิ่มเติม ตามแบบ Admission record กำหนดให้มีการเริ่มแนวทางการปฏิบัติในช่วงระยะที่

3 ของการคลอด เรียกว่า Active Management of the Third Stage of labor (AMTSL) ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดทุกรายตาม คำแนะนำของทีมประเมินของงานอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงให้ปฏิบัติตามบันทึกคำสั่งแพทย์ (Standing Order) เดิมที่เป็นแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการ ตกเลือดหลังคลอด และเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลแก้ไขเมื่อมีการตกเลือดหลังคลอดที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ยังเกิดอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อนคงเดิมและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[2] จึงเป็นปัญหาสำคัญที่งานห้องคลอดโรงพยาบาลปลาปาก ต้องแก้ไขเพื่อป้องกันและลดอุบัติการณ์ของการเกิดการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดให้ลดลง

ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานในห้องคลอด ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลมารดาที่มารับบริการคลอดทางช่องคลอดได้เล็งเห็นถึงความสำคัญและต้องการพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่แผนกหลังคลอดเพื่อให้มีเครื่องมือ มีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบท อันจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและการตายของมารดา เพื่อจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการของงานห้องคลอด ลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการตกเลือดหลังคลอดในสถานบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

2. เพื่อประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) ดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 4 กรกฎาคม 2568 ถึงวันที่ 4 กันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอด และผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือด ข ที่มารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตามเกณฑ์ ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้หลัก 4T's คือ มีการหดรัดตัวของมดลูก (Tone) การตรวจรก (Tissue) การบาดเจ็บของช่องทางคลอด (Trauma) และการแข็งตัวของเลือด (Thrombin) โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 30 คน และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) ประกอบด้วย กรณีที่ให้ความร่วมมือ ผู้ตอบแบบสอบถามมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถาม หรืองดการตอบแบบสอบถามถ้ารู้สึกว่าไม่สบายใจ ระหว่างที่ตอบแบบสอบถามมีสิทธิ์ที่จะเปลี่ยนใจหรือถอนตัวออกจากการให้ความร่วมมือได้ทุกเมื่อถ้าต้องการ โดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน 23 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้รูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลใน

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน 7 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาและความเหมาะสม ทางด้านภาษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่คล้ายกับกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เท่ากับ 0.90 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้รูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เท่ากับ 0.96 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เท่ากับ 0.96

การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA model ซึ่ง ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การกำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์หาสาเหตุที่พบในหน่วยงาน จากข้อมูลการกำหนดประเด็นปัญหาที่ได้มาจากข้อมูลสถิติมารดาตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลปลาปาก จากการทบทวนเวชระเบียนในปีงบประมาณ 2566

กิจกรรมที่ 2 การจัดตั้งทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้วิจัยประสานกับบุคลากรในทีมนำทางสูติกรรม เพื่อเชิญร่วมเป็นทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะแรกหลังคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลปลาปาก ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ที่ปรึกษา พยาบาลประจำห้องคลอดเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อดำเนินงานแต่งตั้งเป็นทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล โดยศึกษาจากเอกสาร หนังสือทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้รูปแบบและขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model จึงได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลโดยการใช้ Admission record ที่ยึดตามหลัก Active Management of the Third Stage of labor (AMTSL)9 ประชุมปรึกษาหรือทบทวนหลังฐานเชิงประจักษ์ จากหลักฐานข้อมูลต่างๆที่มีความน่าเชื่อถือ 1) ฐานข้อมูลในการสืบค้นคำสำคัญในการสืบค้น (Key word) และการคัดเลือกงานวิจัย โดยผู้วิจัยได้สืบค้นทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ เช่น PubMed, Science Direct และจากวารสารงานวิจัยทางการพยาบาลและการสาธารณสุข ทั้งภาษาไทยและต่างประเทศ และการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ภาวะตกเลือดหลังคลอดPrimary or early postpartum hemorrhage แนวปฏิบัติการพยาบาล แล้วนำมาวิเคราะห์งานวิจัย คณะผู้วิจัยนำเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่ได้คัดเลือกงานวิจัยที่ เชื่อถือได้ โดยใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

กิจกรรมที่ 4 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของหน่วยงานร่วมกับทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และผ่านการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้ 1) การสร้างแนว ปฏิบัติการพยาบาลนี้ ผู้วิจัยได้มีการจัดประชุมกลุ่มย่อยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 6 คน เพื่อระดมความคิดเห็นร่วมกัน ช่วยกันยกร่าง และออกแบบแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการนำภาวะเสี่ยง ต่างๆ และแนวทางการพยาบาลของมารดาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด

ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่เหมาะสมกับบริบทของห้องคลอด โรงพยาบาลปลาปากเพื่อวิเคราะห์ผลและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อรายงานให้ผู้วิจัยทราบเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิจัยแก่จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ REC 032/68 วันที่รับรอง 3 กรกฎาคม 2568 จึงได้ดำเนินการศึกษาต่อ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด

ข้อมูลทั่วไปพยาบาลในห้องคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 41.25 ปี เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 83.33 ปริญญาโทขึ้นไป ร้อยละ 16.67 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องคลอด 1 - 5 ปี ร้อยละ 16.67 และ 6-10 ปี ร้อยละ 16.67 ส่วนใหญ่ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.66

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์รูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

1. ผลการปฏิบัติตามรูปแบบแนวทางปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด พบว่า สามารถปฏิบัติได้ ในทุกระยะ ปฏิบัติได้ทุกครั้ง ทุกข้อ ร้อยละ 100

2. ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดอยู่ในระดับมากที่สุด ในประเด็นต่างๆ ทุกประเด็น ($\bar{X}$ =5.00, SD=0.00)

3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกห้องคลอด พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด อยู่ในระดับมากที่สุด ในประเด็นต่างๆ ทุกประเด็น ($\bar{X}$ =5.00, SD=0.00)

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การใช้รูปแบบแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกก่อนและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ

ก่อนการพัฒนา ในปี 2565 พบภาวะ ตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 2.89 ส่วนสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด พบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดจากการ มดลูกหดรัดตัว ไม่ดี (Tone) คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ เศษรกค้าง (Tissue) คิดเป็นร้อยละ 33.33 การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Trauma) ร้อยละ 16.67 ในปี 2566 พบภาวะ ตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 3.05 ส่วนสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด พบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ มีสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดจากการ มดลูกหดรัดตัว ไม่ดี (Tone) และการฉีกขาดของช่องทางคลอด (Trauma) คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนปี 2567

พบภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 4.60 ส่วนสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด พบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี (Tone) คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Trauma) คิดเป็นร้อยละ 33.33 และเศษรกค้าง (Tissue) ร้อยละ 16.67 หลังการพัฒนา (เดือนกรกฎาคม 2568 - เดือนกันยายน 2568) พบว่า หลังการใช้รูปแบบแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มารดามีการตกเลือดหลังคลอดลดลงจากร้อยละ 4.60 ปี พ.ศ. 2567 เป็นร้อยละ 0

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะแรกในห้องคลอดได้ถูกพัฒนาขึ้น เนื่องจากตรวจพบข้อมูลผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดและเกิดการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมง แรกหลังคลอด โดยนำแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model10 มาเป็น กรอบแนวคิดในการศึกษาร่วมกับแนวปฏิบัติการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากรูปแบบของ IOWA Model มีขั้นตอนชัดเจน เข้าใจง่าย และแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ ได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง และความเหมาะสมของเนื้อหาแนวทางปฏิบัติที่ใช้ รวมถึงการจัดลำดับของเนื้อหาและ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ตามกระบวนการดูแลผู้คลอดจริง ประกอบด้วย ระยะแรกรับ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะคลอดรก ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง และการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้คลอดก่อนย้ายไปตึกหลังคลอด ซึ่งทุกระยะล้วนมีความสำคัญต่อคุณภาพการดูแลผู้คลอดมีความถูกต้อง เหมาะสมครอบคลุมในการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับ รอคลอด จนกระทั้งการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้คลอดก่อนย้ายไปตึกหลังคลอด ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ลดขั้นตอนการปฏิบัติที่ซ้ำซ้อนได้[4,5] สอดคล้องกับการศึกษาของสุดาพร วงษาเนาว์ ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดต่อแม่ที่คลอดปกติโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ปี 2567 พบว่า แนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดมีความง่ายต่อการนำไปใช้แนวปฏิบัติมีความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติตามได้ แนวปฏิบัติสามารถนำไปเป็นแนวทางในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอดได้ และแนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อผู้คลอดบุคลากรและหน่วยงาน ($\overline{X}$ =5.00, SD=.000)[6]ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมง แรกหลังคลอด โรงพยาบาลปลาปาก พบว่า ผู้ใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทาง ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะคลอดรก และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ได้ครบทุกข้อคิดเป็นร้อยละ 100 และไม่พบอุบัติการณ์การ ตกเลือดภายในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ข้อมูลที่ได้จากวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปรับปรุงพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และส่งเสริมในการพัฒนาศักยภาพผู้ใช้แนวทางปฏิบัติให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลได้ อย่างถูกต้องทุกขั้นตอนเป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งปฏิบัติทางการพยาบาลกับมารดาที่คลอดทางช่องคลอด ในห้องคลอดได้อย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้มาตรฐานเป็นรูปธรรม

2. สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบควบคุมคุณภาพทางการพยาบาลในการ
ป้องกัน การตกเลือดในระยะหลังคลอด รวมทั้งเป็นแนวทางในการวางแผนกำหนดนโยบายการสนับสนุนในการพัฒนาจัดกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ใช้แนวทางปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในระยะยาว เพื่อ เช่น ระยะ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ และปรับปรุงแก้ไข รวมทั้งพัฒนาโปรแกรมหรือนวัตกรรมในการป้องกันการตกเลือดในระยะหลังคลอดในห้องคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่าง ที่มีขนาดมากขึ้น และวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมทั้งในส่วนข้อมูลความเสี่ยงของมารดาหลัง คลอดที่ตกเลือด การดูแลที่ได้รับเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย, 6(2), 146-157.
2. ห้องคลอด โรงพยาบาลปลาปาก (2567), รายงานการคลอดประจำปีงบประมาณ 2565-2567.
3. กฤษณา สารบรรณ, อรพนิต ภูวงษ์ไกร, ศกุนา ลิ้มบุพศิริพร, กุลญาดา โคตรวรมมา.(2564). การพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2567] เข้าถึงได้จาก: https://www2.nkh.go.th/nkh
4. ปทุมมา กังวานตระกูล และอ้อยอิ่น อินยาศร. (2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน การตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 33(2), 121-134.
5. ภคินี ขุนเศรษฐ. (2566).การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการปองกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช องคลอดโรงพยาบาลสงขลา.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.7(2):45-56.
6. สุดาพร วงษาเนาว์.(2567). ผลของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดต่อแม่ที่คลอดปกติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและและชุมชน. 2567.2(2): 82-94.

การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลการให้บริการการแพทย์ทางไกล และการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย

COST - EFFECTIVENESS ANALYSIS OF TELEMEDICINE AND STANDARD HEALTHCARE SERVICES FOR HYPERTENSIVE PATIENTS AT LOEI HOSPITAL, LOEI PROVINCE.

(Received: March 9,2026 ; Revised: March 13,2026 ; Accepted: March 21,2026)

ศุภชัย บุญมี[1] นพรัตน์ เสนาฮาด[2] สุรชัย พิมหา[3] ชุลีกร ทาทอง[4] โสภิดา เติมสายทอง[5]
Supachai Boonmee[1] Nopparat Senahad[2] Surachai Phimha[3] Chulikon Thathong[4] Sophida Termsaithong[5]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนประสิทธิผล ของการให้บริการการแพทย์ทางไกล และการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย ในมุมมองผู้ให้บริการ (Provider Perspective) ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิย้อนหลัง จากฐานข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2568 จำนวน 16,437 ราย

ผลการศึกษา พบว่า ต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการการแพทย์ทางไกล และการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล เท่ากับ 1,041.82 และ 1,544.13 บาทต่อครั้ง ซึ่งต้นทุนการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล สูงกว่าการให้บริการการแพทย์ทางไกล เท่ากับ 502.31 บาทต่อครั้ง และผลต่างค่าเฉลี่ยระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับค่าดัชนีมวลกาย และระดับอัตราการกรองของไต เท่ากับ -1.174 mmHg, -0.256 kg/m^2 และ 1.896 ml/min/1.73 m^2 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.141, 0.273 และ 0.526) ตามลำดับ จากการวิเคราะห์อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม พบว่า เมื่อประสิทธิผลระดับค่าความดันโลหิตลดลง 1 หน่วย จะใช้ต้นทุนในการดูแลรักษา เท่ากับ 2,854.03 บาทต่อหน่วยประสิทธิผล ขณะที่ระดับค่าดัชนีมวลกายลดลง 1 หน่วย และระดับค่าอัตราการกรองของไตที่ดีขึ้น 1 หน่วย สามารถลดต้นทุนได้มากถึง -11,416.13 และ -11,681.62 บาทต่อหน่วยประสิทธิผล ตามลำดับ ทั้งนี้ ค่า ICER มีค่าเป็นลบ

คำสำคัญ: ต้นทุน - ประสิทธิผล บริการการแพทย์ทางไกล โรคความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

This survey research evaluated the cost - effectiveness of telemedicine services compared to standard in-hospital care for hypertensive patients at Loei Hospital, Loei Province. Utilizing a provider-side perspective, secondary data were retrospectively analyzed from the medical records of 16,437 hypertensive patients treated between October 1, 2023, and September 30, 2025.

The average cost per visit for telemedicine and standard in-facility care was 1,041.82 and 1,544.13 THB, respectively, representing a difference of 502.31 THB. per visit. Mean differences in systolic blood pressure, body mass index (BMI), and estimated glomerular filtration rate (eGFR) were −1.174 mmHg, −0.256 kg/m², and 1.896 ml/min/1.73 m², respectively, with no statistically significant differences observed (p = 0.141, 0.273, and 0.526). Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) Analysis indicated that a one-unit

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[3] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเลย
[5] เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลเลย

reduction in blood pressure required 2,854.03 THB per effectiveness unit, while one-unit reductions in BMI and improvements in eGFR yielded cost savings of −11,416.13 and −11,681.62 THB per effectiveness unit, respectively. Negative ICER values

Keywords: Cost - Effectiveness Analysis (CEA) Telemedicine Hypertension

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังคงเป็นปัญหาอันดับหนึ่งของโลก มีจำนวนผู้เสียชีวิตและสูญเสียทางสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วย ทุพพลภาพหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้รายงานข้อมูลการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลก ขณะเดียวกัน ในทุกๆ ชั่วโมง มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองหรือหัวใจวาย โดยมีสาเหตุจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในปี พ.ศ. 2533 - 2562 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า จาก 650 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 1,300 ล้านคน พบในประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำถึงรายได้ปานกลาง ขณะที่ประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มากกว่า 400,000 รายต่อปี เฉลี่ย มากกว่า 1,000 รายต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรภายในประเทศ[1] ขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงอยู่ในระดับสูง อาจกระทบต่อสถานะทางการเงินของผู้ป่วยและระบบบริการสาธารณสุข[2] และก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม โดยในปี พ.ศ. 2562 ประมาณมูลค่าความสูญเสียของเศรษฐกิจไทย สูงถึง 1.6 ล้านล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) โดยในปี พ.ศ. 2562 - 2564 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สาเหตุสำคัญมาจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 และการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 5.5, 6.4 และ 7.3 ตามลำดับ[3] แสดงให้เห็นว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับประเทศ[4] จึงเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชน ต้องร่วมมือกันในการวางแผน และกำหนดทิศทางในการดำเนินงานและขับเคลื่อนนโยบายด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2561 - 2580 “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”[5]

ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) ได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดดท่ามกลาง ความท้าทายด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยการผลักดันให้ประเทศเป็นศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพในระดับโลก โดยได้กำหนด กลยุทธ์ในการพัฒนานวัตกรรม ยกระดับมาตรฐานของสถานบริการ และส่งเสริมการบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะ ตลอดจนการสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการให้คำปรึกษาผ่านบริการแพทย์ทางไกล หรือ Telemedicine[3] และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายและทิศทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานสู่ยุคดิจิทัลโดยการผลักดันนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ เพิ่มการเข้าถึงบริการและเชื่อมโยงฐานข้อมูลด้านสุขภาพของระบบบริการในทุกระดับ ภายใต้ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ การใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพและระบบการแพทย์ทางไกล โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานโดยให้ทุกโรงพยาบาลจัดให้มีบริการการแพทย์ทางไกล โดยระดับเขตสุขภาพ อย่างน้อย 3 จังหวัด ภายในระดับจังหวัด อย่างน้อย 3

โรงพยาบาล โดยแต่ละจังหวัดไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง มุ่งเน้นผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[6]

จังหวัดเลย แบ่งเขตพื้นที่การปกครอง 14 อำเภอ 90 ตำบล และ 919 หมู่บ้าน ซึ่งอำเภอที่มีระยะทางห่างจากตัวจังหวัดมากที่สุด คือ อำเภอนาแห้ว อำเภอปากชม และอำเภอด่านซ้าย ระยะห่าง 117, 92 และ 82 กิโลเมตร ตามลำดับ มีประชากร จำนวนทั้งสิ้น 629,673 คน (อำเภอเมืองเลย 121,657 คน) สถานบริการสาธารณสุข จำนวน 559 แห่ง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 3,699 คน อัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากร พบว่า แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเทคนิค คิดเป็น 1:5,081, 1:5,722 และ 1:478 เมื่อเทียบตามกรอบอัตรากำลัง พบว่า ยังขาดบุคลากรสายวิชาชีพดังกล่าว 177, 29 และ 386 คน ตามลำดับ และสถานะสุขภาพของประชากร สาเหตุการป่วย 3 อันดับแรก ได้แก่ เนื้อเยื่อผิดปกติ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 216,608, 210,778 และ 189,848 ราย ตามลำดับ[7]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยได้มุ่งเน้นการให้บริการการแพทย์ทางไกลครอบคลุมทั้ง 14 แห่ง ของโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยกำหนดผลลัพธ์ 5 ลด ได้แก่ ลดป่วย ลดตาย ลดแออัด ลดรอคอย และลดค่าใช้จ่าย[8] ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568 (ตุลาคม 2567 - 7 กุมภาพันธ์ 2568) สามารถให้บริการการแพทย์ทางไกลแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมจำนวนทั้งสิ้น 13,235, 19,416 และ 4,638 ครั้ง ตามลำดับ[9] โดยใช้ระบบหมอพร้อม Station Line call DMS ของกรมการแพทย์ และระบบอื่นๆ มาสนับสนุนใช้งานร่วมกัน ถือเป็นอีกช่องทางที่จะสามารถอำนวยความสะดวกและเพิ่มการเข้าถึงบริการให้กับกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่นอกพื้นที่หรือในพื้นที่ห่างไกล โดยไม่ต้องเดินทางเข้ามารับบริการในสถานพยาบาลเขตเมือง อันจะส่งผลต่อการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายการเดินทาง ระยะ เวลารอคอย และภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ หรือต้นทุนทางการแพทย์[9]

โรงพยาบาลเลย เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด มีการจัดบริการการแพทย์ทางไกล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - ปัจจุบัน จากผลการดำเนินงานการให้บริการการแพทย์ทางไกล พบว่า ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการมารับบริการในสถานพยาบาล 10 นาที ระยะเวลาการเข้ารับบริการลดลง เฉลี่ย 90 นาที ลดแออัดของผู้รับบริการ เฉลี่ยร้อยละ 70 โดยผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ ต่อการใช้บริการการแพทย์ทางไกล เฉลี่ยร้อยละ 91.50 และ 93.33 ตามลำดับ ทั้งนี้ ยังให้บริการในกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ 1 ครั้งต่อเดือน ในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำเรือนจำเป็นผู้มารับยาแทน ส่งผลให้ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2567 มีผู้รับบริการผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล รวมจำนวนทั้งสิ้น 660, 1,680, 3,337 และ 1,068 ครั้ง ตามลำดับ[8]

การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Economic Evaluation) ถือเป็นแนวทางการวิเคราะห์ที่สำคัญในการเปรียบเทียบต้นทุนและผลลัพธ์ของทางเลือกในการจัดบริการสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด[10] จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาต้นทุนและประสิทธิผลการให้บริการการแพทย์ทางไกลและการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลการให้บริการทั้งสองรูปแบบบริการ เพื่อใช้เป็นแนวทางประกอบการตัดสินใจทางเลือกในการให้ บริการดูแลรักษาและติดตามอาการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ในมุมมองความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพระหว่างผลได้ทางสุขภาพต่อจำนวนเงินที่จ่ายไป อันนำไปสู่การลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาต้นทุน ประสิทธิผล ของการให้บริการการแพทย์ทางไกลและการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย

2. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุน เปรียบเทียบประสิทธิผล ของการให้บริการการแพทย์ทางไกลและการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย

3. เพื่อศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของการให้บริการการแพทย์ทางไกลและการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย

สมมติฐานของการวิจัย

ต้นทุน ประสิทธิผล ของการให้บริการการแพทย์ทางไกลและการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย แตกต่างกัน

วิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนและประสิทธิผล ของการให้บริการการแพทย์ทางไกลและการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย เก็บข้อมูลโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิย้อนหลัง ในมุมมองผู้ให้บริการ จากฐานข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2568

ประชากร

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รหัสโรค I10 ที่ขึ้นทะเบียนโรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย จำนวน 16,437 คน[11]

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการการแพทย์ทางไกลและเข้ารับรับบริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2568

2. มีข้อมูลรายงานผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ข้อมูลรายงานผลลัพธ์ทางคลินิกไม่สมบูรณ์ (Data error)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย เพื่อดำเนินการวิจัยและขอใช้ข้อมูลอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต จากฐานข้อมูลเวชระเบียน จากโปรแกรม HOSxP V.3.67.6.5 ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการการแพทย์ทางไกล ด้วยรหัสมาตรฐานประเภทการมารับบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โรงพยาบาลเลย

ส่วนที่ 2 ทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการตามมาตรฐานในสถาน พยาบาล คลินิกโรคความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD รหัสโรค I10 ในเขตจังหวัดเลย

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนทาง ตรงทางการแพทย์ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน แบบบันทึกข้อมูลค่าแรงรวม แบบบันทึกข้อมูลค่ายากลับบ้าน ค่าเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิ ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ ค่าบริการทางการพยาบาล ของการให้บริการทั้งสองรูปแบบ โดยอิงตามคู่มืออัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับคนไทย พ.ศ.2562 โดยขออนุญาตใช้ข้อมูลต้นทุนจากกลุ่มงาน

เวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลเลย

การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเพื่อบันทึกข้อมูลต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการทั้งสองรูปแบบบริการ โดยผู้วิจัยออกแบบตามโครงสร้างตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ต้นทุนค่าแรงบุคลากร ต้นทุนค่าวัสดุอุปกรณ์ และต้นทุนค่าลงทุน

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังเมื่อได้รับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น แล้วเท่านั้น โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยยื่นคำร้องขอความอนุเคราะห์จากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ออกหนังสือขออนุญาตในการดำเนินการวิจัยและขออนุญาตใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนจากโปรแกรม HOSxP V. 3.67.6.5 ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตและขอใช้ข้อมูล นำเรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย เมื่อได้รับอนุญาตแล้วติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียน กระทำโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในกลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลเลย เป็นผู้คัดกรองข้อมูลตามฐานข้อมูลที่ผู้วิจัยขอใช้

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ต้นทุนมุมมองผู้ให้บริการ (Provider Perspective) โดยคำนวณต้นทุนและประสิทธิผลของแต่ละบริการ ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนและประสิทธิผล ประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Excel และการเปรียบเทียบประสิทธิผล โดยใช้โปรแกรม Stata v.17 ดังนี้

1. ต้นทุนทางตรง (Direct Cost)

1.1 ต้นทุนค่าแรง (Labor Cost) เป็นค่าใช้จ่ายที่ใช้เป็นค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่สำหรับการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งสองรูปแบบบริการโดยพิจารณาจากอัตราค่าจ้างเงินเดือนและค่าตอบแทนต่างๆ ที่พึงได้รับ เช่น ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance: P4P) เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (พ.ต.ส.) และเงินประจำตำแหน่ง เงินเพิ่มพิเศษกรณีไม่ปฏิบัติเวชส่วนตัว โดยต้นทุนแรงงานที่เกิดจากการให้บริการจะถูกนำประเมินเป็นต้นทุนแรงงาน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เภสัชกร เจ้าหน้าที่ประจำห้องจ่ายยานอก และเจ้าหน้าที่การเงิน เป็นต้น โดยขอความร่วมมือจากหัวหน้ากลุ่มงาน เพื่อขอข้อมูลรายละเอียดต้นทุนที่เกี่ยวข้องทุกด้านพร้อมทั้งประมาณการสัดส่วนหรือร้อยละของการทำงาน สำหรับต้นทุนค่าแรงงานวิเคราะห์จากระยะเวลาทั้งหมดของเจ้าหน้าที่แต่ละคนให้บริการแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยประมาณการสัดส่วนหรือร้อยละของการให้บริการตามลำดับ

1.2 ต้นทุนค่าวัสดุ (Material Cost) เป็นค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้บำบัดรักษากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งสองรูปแบบบริการ ต้นทุนด้านยาและเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องจะคิดจากราคาที่ใช้จ่ายจริงของผู้ป่วยแต่ละครั้งที่รับบริการตามคู่มืออัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับคนไทย พ.ศ.2562 ทั้งนี้ ไม่รวมค่าสาธารณูปโภค ค่าน้ำ ค่าไฟ ในขณะที่ผู้รับบริการมาตรวจรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากมีความยุ่งยากและซับซ้อนในการแจงรายละเอียด

ประกอบกับมีสัดส่วนต้นทุนน้อยมากในการให้บริการ

1.3 ต้นทุนค่าลงทุน (Capital Cost) โดยส่วนใหญ่เป็นค่าเสื่อมราคาของอาคาร สิ่งก่อสร้าง รวมถึงเครื่องมือครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง โดยยึดหลักเกณฑ์การคำนวณค่าเสื่อมราคาทรัพย์สินถาวรสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0201.024.6/ว370 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2559 โดยกำหนดให้อาคารถาวร อายุการใช้งาน 25 ปี อัตราค่าเสื่อมราคาร้อยละ 4 ต่อปี คิดสัดส่วนการใช้พื้นที่ ร้อยละ 7 ครุภัณฑ์สำนักงาน อายุการใช้งาน 3 ปี อัตราค่าเสื่อมราคาร้อยละ 33.33 ต่อปี ครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์และการแพทย์ อายุการใช้งาน 5 ปี อัตราค่าเสื่อมราคาร้อยละ 20 ต่อปี ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ อายุการใช้งาน 3 ปี อัตราค่าเสื่อมราคาร้อยละ 33.33 ต่อปี เป็นต้น โดยส่วนใหญ่ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องใช้ ได้แก่ เครื่องวัดระดับความดันชนิดอัตโนมัติ เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เป็นต้น สำหรับการวิเคราะห์ต้นทุนค่าลงทุน (Capital Cost) การให้บริการการแพทย์ทางไกล ประกอบด้วย ชุดตรวจสุขภาพระบบแพทย์ทางไกลแบบพกพา คอมพิวเตอร์แท็บเลต โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ เป็นต้น อายุการใช้งาน 3 ปี อัตราค่าเสื่อมราคาร้อยละ 33.33 ต่อปี ซึ่งจะนำอัตราค่าเสื่อมมาคำนวณเป็นมูลค่าปัจจุบันรายปี (Annuity Present Value)

ทั้งนี้ การคำนวณต้นทุนทางตรงของแต่ละรูปแบบบริการ โดยค่าแรงรวม คิดจากสัดส่วน FTE ของบุคลากรที่ให้บริการแต่ละรูปแบบบริการ ค่าวัสดุ คิดจากค่าวัสดุที่ใช้จริงแต่ละรูปแบบบริการ และค่าลงทุน คิดจากค่าครุภัณฑ์ที่ใช้จริงในการให้บริการแต่ละรูปแบบบริการ

2. การวิเคราะห์ประสิทธิผลการให้บริการการแพทย์ทางไกล เปรียบเทียบกับการให้บริการตามมาตรฐาน ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลย ประกอบด้วย ผลต่างค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระดับดัชนีมวลกาย และระดับอัตราการกรองของไต โดยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (Simple Linear Regression)

3. การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (Cost - Effectiveness Ratio: CER) ของการให้บริการการแพทย์ทางไกลและการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย โดยการหาอัตราส่วนประสิทธิผล อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผล และอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม ดังต่อไปนี้

3.1) อัตราส่วนประสิทธิผล

$$\text{ประสิทธิผล (Effectiveness)} = \frac{\text{(Well - Controlled Visit)}}{\text{(Total Visit)}}$$

3.2) อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผล

$$\text{ต้นทุนประสิทธิผล}_{\text{(บาทต่อประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้น)}} = \frac{\text{Total Cost}}{\text{Effectiveness}}$$

3.3) อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER)

$$\frac{\text{ต้นทุนรวม}_{\text{(Telemedicine)}} - \text{ต้นทุนรวม}_{\text{(OPD Visit)}}}{\text{ประสิทธิผล}_{\text{(Telemedicine)}} - \text{ประสิทธิผล}_{\text{(OPD Visit)}}}$$

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ลำดับที่ 4.2.01 เลขที่ HE682171

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

การให้บริการการแพทย์ทางไกล พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เข้ารับบริการจำนวน 278 ราย เข้ารับบริการ จำนวน 375 ครั้ง โดยเฉลี่ย 1.34 ครั้งต่อราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.43 โดยมีอายุเฉลี่ย 62.53 ปี (S.D. = 13.27 ปี) อายุต่ำสุด 28 ปี และอายุสูงสุด 91 ปี ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.32 กิโลกรัม/เมตร^2 (S.D.= 3.91 กิโลกรัม/เมตร^2) และการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เข้ารับบริการจำนวน 4,807 ราย เข้ารับบริการ จำนวน 19,898 ครั้ง โดยเฉลี่ย 4.13 ครั้งต่อราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.29 โดยมีอายุเฉลี่ย 62.08 ปี (S.D. = 12.99 ปี) อายุต่ำสุด 18 ปี และอายุสูงสุด 91 ปี ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.34 กิโลกรัม/เมตร^2 (S.D.= 4.56 กิโลกรัม/เมตร^2)

2. ต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์

การให้บริการการแพทย์ทางไกล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าวัสดุ รองลงมาต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าแรง จำนวน 229,780.50, 106,732.32 และ 54,172.10 บาท ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 390,684.82 บาท โดยเฉลี่ย 1,041.82 บาทต่อครั้ง และการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าวัสดุ รองลงมาต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าแรง จำนวน 22,361,317.05, 8,305,697.70 และ 58,190.92 บาท ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 30,725,205.67 บาท โดยเฉลี่ย 1,544.13 บาทต่อครั้ง โดยผลต่างต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ เท่ากับ -502.31 บาทต่อครั้ง (ต้นทุนรวมมีค่าเป็นลบ เนื่องจากการให้บริการการแพทย์ทางไกล มีต้นทุนต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

3. ประสิทธิผลการให้บริการการแพทย์ทางไกล และการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ย Systolic = -1.174 mmHg. แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.141, 95% CI = - 2.74 ถึง 0.39), ผลต่างค่าเฉลี่ย Diastolic = 2.111 mmHg. แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001, 95% CI = 0.90 ถึง 3.31), ผลต่างค่าเฉลี่ย BMI เท่ากับ - 0.256 kg/m^2 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.273, 95% CI = - 0.71 ถึง 0.20) และผลต่างค่าเฉลี่ย eGFR เท่ากับ 1.896 มล./นาที/1.73 ตร.ม. แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.526, 95% CI = - 3.96 ถึง 7.75) ตามลำดับ

4. อัตราส่วนประสิทธิผล ของการให้บริการการแพทย์ทางไกลและการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล พบว่า อัตราส่วนประสิทธิผลระดับค่าความดันโลหิต เท่ากับ 0.298 และ 0.474 โดยผลต่างอัตราส่วนประสิทธิผล เท่ากับ -0.176 และอัตราส่วนประสิทธิผลระดับค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับ 0.306 และ 0.262 โดยผลต่างอัตราส่วนประสิทธิผล เท่ากับ 0.044 และอัตราส่วนประสิทธิผลระดับค่าอัตราการกรองของไต เท่ากับ 0.423 และ 0.380 ผลต่างอัตราส่วนประสิทธิผล เท่ากับ 0.043 ตามลำดับ ทั้งนี้ อัตราส่วนต้นทุนมีค่าเป็นลบ เนื่องจากการให้ บริการการแพทย์ทางไกล มีอัตราส่วนประสิทธิผลต่ำกว่า เมื่อเทียบกับการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

5. อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผล พบว่า ต้นทุนต่อประสิทธิผลการให้บริการการแพทย์ทางไกล ในการควบคุมระดับค่าความดันโลหิต (BP), ระดับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และระดับค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ให้อยู่ในเกณฑ์ดี เท่ากับ 3,496.04, 3,404.64 และ 2,462.93 บาทต่อหนึ่งหน่วยประสิทธิผล ตามลำดับ และการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล เท่ากับ 3,257.65, 5,893.62 และ 4,063.50 บาทต่อหนึ่งหน่วยประสิทธิผล ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราส่วนประสิทธิผล อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผล และอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม ของการให้บริการการแพทย์ทางไกล และการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย

ต้นทุน - ประสิทธิผล (บาทต่อหนึ่งหน่วยประสิทธิผล)	**รูปแบบการให้บริการ**	
	บริการการแพทย์ทางไกล	**บริการตามมาตรฐาน**
Total Cost (Cost/visit)	**1,041.82**	**1,544.13**
1. ค่าความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)		
Total visit (ครั้ง)	375	19,898
Well control visit (จำนวน/ร้อยละ)	112 (29.87)	9,439 (47.44)
Poor control visit (จำนวน/ร้อยละ)	263 (70.13)	10,459 (52.56)
Effectiveness	0.298	0.474
Effectiveness Difference		-0.176
Cost - Effectiveness	3,496.04	3,257.65
Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER = (1,041.82 - 1,544.13) / (0.298 - 0.474) = 2,854.03 บาทต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม		
2. ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร^2)		
Total visit (ครั้ง)	375	19,898
Well control visit (จำนวน/ร้อยละ)	115 (30.67)	5,231 (26.29)
Poor control visit (จำนวน/ร้อยละ)	260 (69.33)	14,667 (73.71)
Effectiveness	0.306	0.262
Effectiveness Difference		0.044
Cost - Effectiveness	3,404.64	5,893.62
Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER = (1,041.82 - 1,544.13) / (0.306 - 0.262) = - 11,416.13 บาทต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม		
3. ค่าอัตราการกรองของไต (มล./นาที/1.73 ตร.ม.)		
Total visit (ครั้ง)	59	9,868
Well control visit (จำนวน/ร้อยละ)	25 (42.37)	3,750 (38.00)
Poor control visit (จำนวน/ร้อยละ)	34 (57.63)	6,118 (62.00)
Effectiveness	0.423	0.380
Effectiveness Difference		0.043
Cost - Effectiveness	2,462.93	4,063.50
Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER = (1,041.82 - 1,544.13) / (0.423 - 0.380) = - 11,681.62 บาทต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม		

6. การวิเคราะห์อัตราส่วนต้นทุน ประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ของการให้บริการการแพทย์ทางไกลและการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล พบว่า

6.1 อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มของระดับความดันโลหิต จากการให้บริการการแพทย์ทางไกลมีความคุ้มมากกว่า เนื่องจากประหยัดต้นทุน -502.31 บาทต่อครั้ง ขณะเดียวกันผลลัพธ์ทางสุขภาพหรือประสิทธิผลระดับความดันโลหิตมีแนวโน้นลดลง -0.176 มิลลิเมตรปรอท เมื่อเทียบกับการเข้ารับบริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล หากในทุกๆ 1 หน่วยของประสิทธิ ผลที่เพิ่มขึ้น จากการให้บริการการแพทย์ทางไกลจะใช้ต้นทุนในการบริหารจัดการการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2,854.03 บาทต่อหน่วยประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้น ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

6.2 อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มของ BMI จากการให้บริการการแพทย์ทางไกล มีความคุ้มมากกว่า เนื่องจากประหยัดต้นทุน -502.31 บาทต่อครั้ง ขณะเดียวกันผลลัพธ์ทางสุขภาพมีแนวโน้นที่ดีขึ้นถึง 0.044 กิโลกรัม/เมตร^2 เมื่อเทียบกับการเข้ารับบริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล และในทุกๆ 1 หน่วยของประสิทธิผลค่า BMI ลดลงได้เพิ่มขึ้น จะสามารถลดต้นได้ -11,416.13 บาทต่อหน่วยประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้น ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

6.3 อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มของ eGFR จากการให้บริการการแพทย์ทาง ไกลมีความคุ้มมากกว่า เนื่องจากประหยัดต้นทุน -502.31 บาทต่อครั้ง ขณะเดียวกันผลลัพธ์ทางสุขภาพมีแนวโน้นที่ดีขึ้น 0.043 มล./นาที/1.73 ตร.ม เมื่อเทียบกับการเข้ารับบริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล ในทุกๆ 1 หน่วยของประสิทธิผลค่าระดับ eGFR ที่ดีขึ้น จะสามารถลดต้นทุนได้ -11,681.62 บาทต่อหน่วยประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้น ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ แต่ละรูปแบบบริการ ในมุมมองผู้ให้บริการ พบว่า ต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการการแพทย์ทางไกล และการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล เท่ากับ 1,041.82 และ 1,544.13 บาทต่อครั้ง ตามลำดับ ซึ่งต้นทุนการให้บริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล สูงกว่าการให้บริการการแพทย์ทางไกล เท่ากับ 502.31 บาทต่อครั้ง โดยทั้งสองรูปแบบบริการมีต้นทุนรวม ส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าวัสดุ รองลงมาต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าแรงบุคลากร ตามลำดับ โรงพยาบาลเลย ภายใต้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ได้พัฒนาการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิ มุ่งเน้นการให้บริการการแพทย์ทางไกล กำหนดผลลัพธ์ 5 ลด ได้แก่ ลดป่วย ลดตาย ลดแออัด ลดเวลารอคอย และลดค่าใช้จ่าย[8] เมื่อมีมาตรการหรือนโยบายทางสุขภาพที่ให้ประสิทธิ ภาพสูงกว่ามาตรการเดิมที่เคยใช้อยู่หรือมีต้นทุนสูงกว่า เมื่อพิจารณาตัดสินใจในการนำไปประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพ ต้องคำนึงถึงเรื่องต้นทุนซึ่งเป็นวิธีการที่จะนำผลลัพธ์และงบประ มาณที่เกิดขึ้นจากมาตรการดังกล่าวไปประกอบ การตัดสินใจการแก้ไขหรือพัฒนาระบบสุขภาพ[12] สอดคล้องกับการศึกษาของ Dooley et. al[13] ได้ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์โควิด - 19 โดยทีมแพทย์และพยาบาล ณ คลินิกกุมารเวชกรรม เท่ากับ 54.47 ดอลลาร์สหรัฐ (47.26 - 61.68 ดอลลาร์สหรัฐ) หรือเท่ากับ 2,020.95 บาท ส่วนการเยี่ยมผู้ป่วยโดยบริการการแพทย์ทางไกล เท่ากับ 51.55 ดอลลาร์สหรัฐ (44.38 - 58.73 ดอลลาร์สหรัฐ) หรือเท่ากับ 1,912.61 บาท แสดงให้เห็นว่าการเยี่ยมผู้ป่วยโดยการบริการแพทย์ทางไกลสามารถลดต้นทุนในการให้บริการได้ โดยต้นทุนที่เกิดขึ้นสามารถนำไปพิจารณาในการ

จัดสรรทรัพยากรภายในสถาน พยาบาลได้ เช่น ค่าแรงบุคลากร ค่าวัสดุอุปกรณ์ หากเป็นต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์ สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์ให้มีความสอดคล้องกับจำนวนของผู้รับบริการต่อแผนกที่สามารถให้บริการได้ และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ชนิดของโรค หรือกระบวนการรักษา จะเป็นตัวกำหนดต้นทุนที่เกิดขึ้น และสามารถนำมาวิเคราะห์ถึงอัตราค่าบริการได้[14] โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชญศักดิ์ พิชัย[15] ได้ศึกษาผลการวิจัยการวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาโรคผมร่วงเป็นหย่อมด้วยวิธีการแพทย์ทางไกลกับการ รับบริการตามมาตรฐาน ณ หน่วยบริการระดับตติยภูมิ พบว่า ต้นทุนรวมทั้งหมดโดยวิธีการรักษาบริการการแพทย์ทางไกล เท่ากับ 84,209.09 บาท ต้นทุนเฉลี่ย 1,026.94 บาทต่อครั้ง ขณะที่ต้นทุนรวมทั้งหมดโดยวิธีการรักษาแบบมาตรฐาน เท่ากับ 143,947.55 บาท ต้นทุนเฉลี่ย 778.09 บาทต่อครั้ง ดังนั้น การให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคผมร่วงเป็นหย่อม โดยวิธีการรักษาบริการการแพทย์ทางไกล มีต้น ทุนการให้บริการต่อรายในมุมมองผู้ให้บริการสูงกว่าวิธีการรักษาแบบมาตรฐาน และการศึกษาของ ดาราวรรณ รองเมือง และคณะ[16] จากการศึกษาการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง บทเรียนจากการระบาดโควิด COVID - 19 พบว่า การให้บริการการแพทย์ทางไกล มีต้นทุนสูงกว่าการรักษาแบบปกติ เนื่องมาจากค่าลงทุนของลูกข่าย หากลูกข่ายสามารถจัดบริการได้เพิ่มมากขึ้น ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการการแพทย์ทางไกลอาจลดลง โดยต้น ทุนการรับบริการล้างไตทางช่องท้อง กรณีให้ บริการตามปกติ พบว่า การให้บริการใน 1 ครั้งที่แผนกผู้ป่วยนอก จะมีต้นทุนต่อหน่วยบริการ 1,445.48 บาท และรับยา EPO เท่ากับ 67.48 บาทต่อครั้ง กรณีให้บริการการแพทย์ทางไกล ของโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่า การให้บริการใน 1 ครั้งที่แผนกผู้ป่วยนอก จะมีต้นทุนต่อหน่วยบริการ 588.54 บาท และรับยา EPO เท่ากับ 244.22 บาทต่อครั้ง และกรณีให้บริการการแพทย์ทางไกล ของโรงพยาบาลลูกข่าย พบว่า การให้บริการใน 1 ครั้งที่แผนกผู้ป่วยนอก จะมีต้นทุนต่อหน่วยบริการ 2,356.79 บาท และรับยา EPO เท่ากับ 822.74 บาทต่อครั้ง ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการการแพทย์ทางไกล เท่ากับ 130.88 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 14.97 มิลลิเมตรปรอท) น้อยกว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล เท่ากับ 132.06 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 15.32 มิลลิเมตรปรอท) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ -1.174 มิลลิเมตรปรอท แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.141, 95% CI = - 2.74 ถึง 0.39) เนื่องจากการให้บริการการ แพทย์ทางไกล ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในด้านการแพทย์และสาธารณสุข อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่อยู่พื้นที่ห่างไกลหรือไม่สะดวกเดินทางมารับบริการตรวจรักษาด้วยตนเองในสถานพยาบาล ให้สามารถเข้าถึงบริการจากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่ต่างจากการมารับบริการในสถานพยาบาล[17] ซึ่งโรงพยาบาลเลย ได้ขับเคลื่อนและดำเนินงานการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการดำเนินงานตามประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข มีการกำกับ ติดตาม อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒิชัย จ่าแก้ว และไพโรจน์[18] ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้การแพทย์ทางไกลเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่เกาะ จังหวัดระนอง กลุ่มผู้ป่วยที่รับบริการการแพทย์ทางไกล และเข้ารับบริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาลโดยวิธีปกติ ระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 144.4 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 15.0 มิลลิเมตรปรอท) เทียบกับ

146.1มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 19.9 มิลลิเมตรปรอท) แตกต่างกันอย่างมีไม่นัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.695) และการศึกษาของ สุภาพ อิ่มอ้วน และคณะ[19] ได้ศึกษาผลการใช้ระบบดูแลสุขภาพทางไกลร่วมกับการจัดการรายกรณี และการจัดการรายกรณีอย่างเดียว ต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผลต่างของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อนและหลังการใช้ระบบดูแลสุขภาพทางไกลร่วมกับการจัดการรายกรณีไม่แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุมที่มารับบริการตรวจตามนัดในโรงพยาบาล หลังการใช้ระบบดูแลสุขภาพทางไกลในกลุ่มที่ดูแลสุขภาพทางไกลมีระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 123.76 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 7.78 มิลลิเมตรปรอท) และกลุ่มควบคุมที่มารับบริการตรวจตามนัดในโรงพยาบาลมีระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 124.07 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 8.87 มิลลิเมตรปรอท) แตกต่างกันอย่างมีไม่นัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.920, 95% CI = -70.7 ถึง 6.45) และการศึกษาของ ธนัท ตั้งวนาไพร, ศรวัส แสงแก้ว และ จันทิรา ลีลาไพบูลย์[20] ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้การแพทย์ทางไกลเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างช่วงการระบาดของโควิด 19: การศึกษาย้อนหลังหลังการติดตามในระยะเวลา 6 เดือน พบว่า กลุ่มที่รับบริการการแพทย์ทางไกล มีระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 134.3 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 12.5 มิลลิเมตรปรอท) และกลุ่มที่รักษาแบบปกติมีระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 132.9 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 14.9 มิลลิเมตรปรอท) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.462, 95% CI = - 2.3 ถึง 5.1) เนื่องจากในแต่ละสถานพยาบาลระบบการให้บริการมีความแตกต่างกันตามบริบทแต่ละพื้นที่ รวมถึงคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาจส่งผลต่อประสิทธิ ผลค่าระดับความดันโลหิตที่แตกต่างกันจึงส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กลิ่นผกา พาหุพันธ์ และคณะ[21] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลยโสธร ความแตกต่างในเดือนที่ 6 ระหว่างการรับบริการการแพทย์ทางไกลมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 124.23 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 12.29 มิลลิเมตรปรอท) และการติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 135.56 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 13.42 มิลลิเมตรปรอท) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.002) และการศึกษาของ อรภัทร วิริยอุดมศิริ[22] ได้ศึกษาผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลเครือข่ายอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ลดลงหลังจากการพัฒนารูปแบบการดูแลจาก 136.40 มิลลิเมตรปรอท เป็น 135.62 มิลลิเมตรปรอท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการการแพทย์ทางไกล เท่ากับ 79.76 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 10.49 มิลลิเมตรปรอท) มากกว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการตามมาตรฐานในสถานพยาบาล เท่ากับ 77.65 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 11.79 มิลลิเมตรปรอท) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยระดับค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก เท่ากับ 2.111 มิลลิเมตรปรอท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001, 95% CI = 0.90 ถึง 3.31) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ สาเหตุหลักอาจมาจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือผลข้างเคียงจากการใช้ยาหรือประสิทธิภาพของยา รวมทั้งการใช้ยาหลายชนิด อาจส่งผลต่อการรับประทานยาไม่ครบถ้วน ขาดการตระหนักในการเพิ่มปรับขนาดยาในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ หรือโอกาสในการสอบถามระดับค่าเป้าหมายความดัน

โลหิตของตนเองจากทีมแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการ อาจเป็นเพราะข้อจำกัดของระยะเวลา ส่งผลต่อการไม่เรียกร้องในการเพิ่มปริมาณยาเพื่อเข้าสู่การรักษาความดันโลหิตตามเกณฑ์ที่เหมาะสม[23] และสอดคล้องกับการศึกษาของ ใล จุลสม โชคนิติพัฒน์ วิสูญ และเอมอร ทาระคำ[24] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางไกลในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ พบว่า จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้การแพทย์ทางไกล ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 73.13 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 8.91 มิลลิเมตรปรอท) เป็น 72.55 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 10.11 มิลลิเมตรปรอท) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และการศึกษาของ อรภัทร วิริยอุดมศิริ[22] ได้ศึกษาผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลเครือข่ายอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ลดลงหลังจากการพัฒนารูปแบบการดูแลจาก 87.45 มิลลิเมตรปรอท เป็น 77.18 มิลลิเมตรปรอท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และการศึกษาของ บุษยมาส บุศยารัศมี[25] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในยุควิถีใหม่ เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้ารับบริการการแพทย์ทางไกล ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 82.44 มิลลิเมตรปรอท เป็น 78.12 มิลลิเมตรปรอท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ตามลำดับ โรงพยาบาลเลย เป็นหน่วยงานหลักในการให้บริการสุขภาพของประชาชน ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับตติยภูมิ ในเขตพื้นที่จังหวัดเลย มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพโดยการให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้และมีสุขภาพแข็งแรง หัวใจสำคัญในการป้องกัน ควบคุม โรคความดันโลหิตสูง คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เพื่อให้มีสุขภาวะที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน คือ การให้คำ ปรึกษาผู้ป่วยรายบุคคลตามความเหมาะสมของแต่ละรายตลอดจนกำหนดเป้าหมายที่สามารถเป็นไปได้ พร้อมติดตามเสริมพลังใจให้กับผู้ป่วย เช่น การลดน้ำหนัก การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายย่างเสม่ำเสมอ[23] และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ อิ่มอ้วน และคณะ[19] ได้ศึกษาผลการศึกษาผลการใช้ระบบดูแลสุขภาพทางไกลร่วมกับการจัดการรายกรณีและการจัดการรายกรณีอย่างเดียวต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผลต่างระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนและหลังการใช้ระบบดูแลสุขภาพทางไกลร่วมกับการจัดการรายกรณีไม่แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุมที่มารับบริการตรวจตามนัดในโรงพยาบาล หลังการใช้ระบบดูแลสุขภาพทางไกลในกลุ่มที่ดูแลสุขภาพทางไกล มีระดับค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก 77.07 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 5.39 มิลลิเมตรปรอท) และกลุ่มควบคุมที่มารับบริการตรวจตามนัดในโรงพยาบาล มีระดับค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก 76.69 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 9.74 มิลลิเมตรปรอท) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.840, 95% CI = - 6.98 ถึง 5.75) และการศึกษาของ ธนัท ตั้งวนาไพร, ศรวัส แสงแก้ว และจันทิรา ลีลาไพบูลย์[20] ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้การแพทย์ทางไกล เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงการระบาดของโควิด 19: การศึกษาย้อนหลัง พบว่า หลังติดตามในระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มที่รับบริการการแพทย์ทางไกล มีระดับค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก 79.0 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 11.7 มิลลิเมตรปรอท) และกลุ่มที่รักษาแบบปกติมีระดับค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก 79.0 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 11.5 มิลลิเมตรปรอท) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

(p-value = 0.999, 95% CI = -3.2 ถึง 3.1) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

ควรมีการสนับสนุนงบประมาณด้านโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล เพื่อนำมาพัฒนามาตรฐานการให้บริการการแพทย์ทางไกล เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การวางแผนขยายและบูรณาการระบบติดตามผู้ป่วยทางไกลเข้าสู่บริการปกติ อันจะส่งผลต่อการลดต้นทุนในมุมมองผู้ให้บริการ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเน้นการประเมินระยะยาว หรือศึกษาในโรคที่มีระยะเวลาสั้น และใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อให้ผลลัพธ์สามารถใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้ความเมตตา อบรมสั่งสอนให้ความรู้ในการศึกษาตลอดหลักสูตร ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย หัวหน้ากลุ่มภารกิจ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ผู้วิจัยในการศึกษาเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัวของผู้วิจัย ตลอดจนผู้สนับสนุนทุกๆ ท่านที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้าน แก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา และขอขอบพระคุณทุกท่านที่มิได้กล่าวนามที่มีส่วนร่วมให้การศึกษาวิจัยนี้ สำเร็จได้ด้วยดีไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แผนปฏิบัติด้านการป้องและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570). นนทบุรี: สำนักงานเลขานุการขับเคลื่อนแผนโรคไม่ติดต่อแห่งชาติ กองโรคไม่ติดต่อ
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพในภาพรวมทั้งระบบระยะ 10 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 1. 2567. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
3. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565) รายงานผลการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศภายใต้แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12. (หน้า 30). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
4. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2561). รายงานการศึกษา เรื่องประมาณการค่าใช้จ่ายสาธารณะด้านสุขภาพในอีก 15 ข้างหน้า. (หน้า 39). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อ การพัฒนาประเทศไทย.
5. กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579). ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
6. กระทรวงสาธารณสุข. (2568). รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. (2568). เอกสารประกอบการตรวจราชการ นิเทศงานกรณีปกติรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2568 จังหวัดเลย. เลย: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักฯ.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. (2567). การตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 1/2567 จังหวัดเลย. เลย: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักฯ
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. (2568). การตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2/2568 จังหวัดเลย. เลย: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักฯ.
10. วิน เตชะเคหะกิจ. (2561). การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและค่าอรรถประโยชน์ในงานวิจัยสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. มกราคม 2561. เชียงใหม่ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
11. โรงพยาบาลเลย. (2568). จำนวนผู้ป่วยนอก Essential (primary) hypertension. ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์. (HOSxP V.3.67.6.5). กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์.

12. อาทร ริ้วไพบูลย์. (2561). การวิเคราะห์ต้นทุนในการพัฒนาระบบสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. มิถุนายน 2561. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศักดิโสภาการพิมพ์.
13. Dooley, M. et. al, (2022). A Modification of Time-Driven Activity-Based Costing for Comparing Cost of Telehealth and In-Person Visits. Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association, 28(10), 1525 - 1533. https://doi.org/10.1089/tmj.2021.0338
14. นิลวรรณ อยู่ภักดี. (2561). เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. เมษายน 2561. พิษณุโลก: โรงพิมพ์รัตนสุวรรณการพิมพ์.
15. พิชญศักดิ์ พิชัย. (2566). การวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาโรคผมร่วงเป็นหย่อมด้วยวิธีการแพทย์ทางไกลกับการรับบริการตามมาตรฐาน ณ หน่วยบริการระดับตติยภูมิ. Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD). 11298.
16. ดาราวรรณ รองเมือง และคณะ. (2566). การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง บทเรียนจากการระบาดของโควิด - 19. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(1): 108 - 27.
17. กระทรวงสาธารณสุข. (2567). แนวทางการบริการการแพทย์และสาธารณสุขทางไกลของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
18. วุฒิชัย จ่าแก้ว และไพโรจน์ ชูชาติ. (2568). ประสิทธิผลของการใช้การแพทย์ทางไกลเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่เกาะ จังหวัดระนอง. เชียงรายเวชศาสตร์, 17(3). 89 - 102.
19. สุภาพ อิ่มอ้วน และคณะ. (2567). ผลของการใช้ระบบดูแลสุขภาพทางไกลร่วมกับการจัดการรายกรณี และการจัดการรายกรณีอย่างเดียวต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 42(4), e272777.
20. ธนัท ตั้งวนาไพร, ศรวัส แสงแก้ว และจันทิรา ลีลาไพบูลย์. (2566). ประสิทธิผลของการใช้การแพทย์ทางไกลเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างช่วงการระบาดของโควิด 19: การศึกษาย้อนหลัง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 6(4), 316 - 327.
21. กลิ่นผกา พาหุพันธ์, จิราพร สลางสิงห์, จินัฐตา พงประเสริญ และศิริรัตน์ อินทรเกษม. (2568). การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรค โรงพยาบาลยโสธร. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา, 8(1), 13 - 24.
22. อรภัทร วิริยอุดมศิริ. (2567). ผลของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตโลหิตสูงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลเครือข่ายสุขภาพอำเภอโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 6(2), e269421.
23. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ ทริค ธิงค์.
24. ใล จุลสม โชคนิติพัฒน์ วิสัญ และเอมอร ทาระคำ. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้การแพทย์ทางไกล ในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 10(3), 635 - 641.
25. บุษยมาส บุศยารัศมี. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในยุควิถีใหม่ เขตอำเภอ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโคกตูม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

Development of falls prevention model for elderly by participation of community partnership networks Koktoom sub-district, Prakhon Chai district, Buriram province.

(Received: March 10,2026 ; Revised: March 13,2026 ; Accepted: March 15,2026)

มนัสกิตติ์ ลีประโคน[1]
Manutkit Leeprakhon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโคกตูม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ 1) ภาคีเครือข่าย 36 คน และ 2) ผู้สูงอายุ 273 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2569 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า พัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มี 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายชุมชน, 2) การจัดการสภาพแวดล้อม 3) การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และ 4) การติดตาม เฝ้าระวัง และการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผลการประเมินผลรูปแบบพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=15.29, S.D.=2.45) และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการพลัดตกหกล้ม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=2.70, S.D.=0.19) และการเปรียบเทียบหลังการพัฒนารูปแบบพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

คำสำคัญ : การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This action research was aimed to development of falls prevention model for elderly by participation of community partnership networks Koktoom sub-district, Prakhon Chai district, Buriram province. There were 2 groups of samples: 1) Network partner of 36 samples and 2) Elderly 273 samples. The research was conducted between September 2025 - February 2026. Data were collected from questionnaires, Thai falls risk assessment test form (Thai-FRAT) 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 model for enhancing the competencies of village health volunteers in consumer protection activities consisted of 4 key components: 1) Capacity Building for Community Fall Prevention Network, 2) Environmental Risk Management, 3) Fall Risk Behavior Management and 4) Community Monitoring and Participatory Surveillance. The evaluation results showed that most participants had a moderate level of knowledge about fall prevention and a high level of fall prevention behaviors ($\bar{X}$=15.29 S.D.=2.45, $\bar{X}$=2.70 S.D.=0.19, respectively). After the implementation of the model, the participants showed

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย

level of knowledge and fall prevention behaviors were significantly higher than pre-development (p-value< 0.001).

Keyword : falls prevention for elderly, community participation

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสัดส่วนขึ้น เนื่องจากสาเหตุสำคัญมาจากทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดีขึ้น ในประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.73 ในปี 2565 นับว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ปี 2566 มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.50 และมีผู้สูงอายุที่ทำงาน ร้อยละ 37.50 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2565 ร้อยละ 36.10 [1] ผู้สูงอายุที่ทำงานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ขณะที่สัดส่วนของอัตราการเกิดและจำนวนประชากรในวัยทำงานลดลง ส่งผลให้โครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเปลี่ยนแปลงไป และการที่ผู้สูงอายุยังคงทำงานอยู่จึงนับได้ว่ามีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคม จึงควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับลักษณะงานของผู้สูงอายุที่ทำในปัจจุบันภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประชากรผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศ โดยในปี 2567 มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 23.30[1] จากการสำรวจปี 2567 มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 5.06 เคยหกล้มในระหว่าง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ เคยหกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 3.80 และหกล้มมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 1.8 โดยผู้สูงอายุหญิงที่เคยหกล้มมีสัดส่วนสูงกว่าผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 6.30 และ 4.80 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มช่วงวัย พบว่า ผู้สูงอายุวัยปลาย ร้อยละ 8.80 เคยหกล้มมากกว่าวัยกลางและวัยต้น ร้อยละ 6.30 และ 4.70 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการหกล้มและจำนวนครั้งที่หกล้มมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น[2] สถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 พบว่า ในปี 2567 มีสัดส่วนต่อประชากรทั้งจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ เท่ากับ 10.60, 12.50, 11.40 และ 10.10 ตามลำดับ ซึ่งก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ เมื่อแบ่งผู้สูงอายุตาม ADL พบว่าอยู่ในกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่น สังคมและชุมชนได้ ร้อยละ 86.10 พึ่งพาตนเอง ได้บ้าง ร้อยละ 10.80 และอยู่ในกลุ่มพึ่งตนเองไม่ได้ ร้อยละ 2.30[3]

จากปัญหาสุขภาพและความปลอดภัยของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบผู้สูงอายุประสบเหตุหกล้ม 1 ใน 3 เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองรองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการลื่น สะดุด ก้าวเท้าพลาด ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ ทุพพลภาพและเสียชีวิตซึ่งกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว คนรอบข้าง และผู้ดูแล โดยร้อยละ 20.00 ของผู้ที่หกล้มได้รับบาดเจ็บและอาจนำไปสู่การบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น กระดูกสะโพกหัก ซึ่งร้อยละ 10.00 ของการลื่นล้มทำให้กระดูกสะโพกหัก และ ร้อยละ 25.00 ของการบาดเจ็บกระดูกสะโพกเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่เคยหกล้มในครั้งแรกมีแนวโน้มที่จะหกล้มเพิ่มขึ้น 2 – 3 เท่า[4] ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการล้มได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านความสามารถในการทรงตัวและการเดิน ทั้ง 2 ปัจจัยนี้จึงถูกนำมาใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการล้ม เพื่อวางแผนการฟื้นฟูการทรงตัวด้านที่บกพร่อง ซึ่งสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความสำคัญมี 4 ปัจจัย คือ ด้านร่างกายและความสามารถที่ลดลง ด้านพฤติกรรม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านเศรษฐกิจและสังคม[5] โดยสาเหตุที่ทำให้หกล้มในปี 2567 พบการสะดุดล้ม ร้อยละ 10.80 มองเห็นไม่ชัด ร้อยละ 2.10 แสงสว่างไม่พอ ร้อยละ 1.10 หกล้มเนื่องจากตกบันได ร้อยละ 1.00 และสาเหตุอื่นๆ เช่น ขาอ่อนแรง ตกจากเตียง เก้าอี้ ต้นไม้ เป็นต้น ร้อยละ 2.40 สำหรับสถานที่ผู้สูงอายุหกล้ม พบว่า การหกล้มเกิดขึ้นบริเวณตัวบ้านมาก

ที่สุด ร้อยละ 50.50 รองลงมาคือบริเวณภายในตัวบ้าน ร้อยละ 32.40 และภายนอกบริเวณบ้าน ร้อยละ17.10[2]

จังหวัดบุรีรัมย์มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.30 ผู้สูงอายุมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งยังพบผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น จากการคัดกรองผู้สูงอายุ ในปี 2567 พบว่า มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกตกหกล้ม ร้อย 5.50 ส่งผลให้เกิดกระดูกสะโพกหักของผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.90 - 23.20 และพื้นที่ตำบลโคกตูม อำเภอประโคนชัย มีประชากร ผู้สูงอายุ 911 คน ร้อยละ 15 - 70 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน 791 คน คิดเป็นร้อยละ 86.82 พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการเคลื่อนไหว และมีปัญหาด้านสายตา[6] ในชุมชนตำบลโคกตูมร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกรัง มีการดำเนินงานเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งเชิงการเฝ้าระวังป้องกัน เช่น การคัดกรองความเสี่ยงในชมรมผู้สูงอายุ การให้ความรู้ มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การดำเนินงานพบผู้สูงอายุในพื้นเข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุการพลัดตกหกล้ม และยังขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน รวมถึงการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่นที่จะมาอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุในด้านการพลัดตกหก จึงเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนานวัตกรรม รวมถึงการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน นำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การพลัดตกหกล้มและปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในพื้นที่ตำบลโคกตูม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโคกตูม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด[7] มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 1,073 คน ประกอบด้วย 1) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2) นักกายภาพบำบัด 3) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 5) นักพัฒนาชุมชนกองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบล 6) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล 7) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 8) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 9) ผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นักพัฒนาชุมชนกองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม จำนวน 36 คน

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้สูงอายุ ตำบลโคกตูม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง[8] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 273 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มติดสังคมตามการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลโคกตูม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย 4) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารตอบคำถามได้ด้วยตนเอง เข้าใจคำอธิบายการวิจัย และ 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในชุมชนได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว และ 3) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ตำบลโคกตูม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ และ 7) โรคประจำตัว โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลโคกตูม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[9] ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลโคกตูม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 ข้อ 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 แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Thai - FRAT) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) การมองเห็นบกพร่อง 3) การทรงตัวบกพร่อง 4) การใช้ยา 5) ประวัติการหกล้ม และ 6) สภาพบ้านที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นแบบประเมินของกรมการแพทย์[11] การแปลผล 2 ระดับ มีความเสี่ยงต่ำต่อการพลัดตกหกล้ม (ต่ำกว่า 4 คะแนน) มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มต้องได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสาธารณสุข (4 – 11 คะแนน)

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนา (Focus Group Discussion Guidelines) เป็นแนวทางในการสนทนา

กลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 7 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโคกตูม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ ผู้สูงอายุ ตำบลโคกย่าง อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชของแบบสอบถาม 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม เท่ากับ 0.87 และ 2) ด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการพลัดตกหกล้ม เท่ากับ 0.95 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2569 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย วิเคราะห์บริบทชุมชน ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการพลัดตกหกล้ม และปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในพื้นที่ เตรียมชุมชน เตรียมแกนนำชุมชน และชี้แจงวัตถุประสงค์กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

1.1 ศึกษาชุมชนเพื่อให้ผู้วิจัยได้ทราบข้อมูลพื้นฐานของชุมชนในเบื้องต้นและเป็นการยืนยันว่าชุมชนที่เลือกศึกษามีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนฐานข้อมูลผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกรังตำบลโคกตูม เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยได้พูดคุยปรึกษาหารือ และชี้แจงกระบวนการวิจัย แก่เจ้าหน้าที่ที่ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกรัง ตำบลโคกตูม ทราบ และชี้แจงให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่ร่วมวิจัยครั้งนี้ทราบ

1.3 ประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย เพื่อติดต่อขอความอนุเคราะห์สถานที่ บุคลากร ข้อมูลการวิจัย และนัดหมายการดำเนินกิจกรรมต่างๆ

1.4 ติดประสานงานกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และนักกายภาพบำบัด จากโรงพยาบาลประโคนชัย เพื่อปรึกษาและขอข้อเสนอแนะในเนื้อหาวิชาการ และการดำเนินการวิจัย ตามความจำเป็น

1.5 ประสานงานกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัยทั้งในส่วนภาครัฐ ท้องถิ่น ท้องที่ และภาคประชาชน

2) ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัยและประเมินผล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) กิจกรรมที่ดำเนินการในขั้นตอนวางแผน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน โดยมีรายละเอียดมีดังนี้

2.1 การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) โดยการศึกษาสภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จากข้อมูลบริบทชุมชน เอกสาร ข้อมูลของชุมชน การสังเกต การสอบถาม และการสนทนากลุ่ม

บุคลากรที่เกี่ยวข้อง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อสม. ผู้นำชุมชน ในประเด็นรูปแบบเดิมของการป้องกันการพลัดตกหกล้มในชมรมผู้สูงอายุว่ามีการดำเนินการอย่างไรบ้าง และสังเคราะห์ปัญหา ซึ่งจะเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่เริ่มขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา และการวางแผน

2.2 สรุปข้อมูลจากการศึกษาบริบท และการประเมินสถานการณ์สภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา และเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นตามแนวทางที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทชุมชน

2.3 ผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน และนำความรู้ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการไปใช้ในพัฒนาการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยในการสนทนากลุ่มและการถกปัญหาจะเป็นช่องทางพิจารณาเลือกวิธีการที่ดีที่สุด และวางแผนดำเนินการต่างๆตามรูปแบบการพัฒนาการป้องกันการพลัดตกหกล้มในชมรมผู้สูงอายุร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน

2.4 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) เป็นแผนปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้ จากขั้นตอนที่ 1 โดยใช้แบบสอบถามความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และผู้วิจัยได้จัดเวทีกลุ่มย่อย (Focus group) แสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบพัฒนาการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ที่ตัวแทนประชาชนและภาคีเครือข่ายร่วมกันพัฒนาให้เกิดขึ้น วางแผนร่วมกับชุมชนในการนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาจากขั้นตอนที่ 1 ไปใช้จริง โดยประชาสัมพันธ์ในชุมชน พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล ระบบติดตามผู้สูงอายุ การจัดระบบการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation : O) เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในชมรมผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริง (Implementation) ในชุมชนโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ติดตามให้คำแนะนำแก่ชุมชน ตรวจสอบรวบรวมข้อมูลจากการสอบถาม และใช้การสังเกตและจดบันทึกการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดในแผนแผนปฏิบัติการ ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย แบบสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ และแบบบันทึกข้อมูลการวิจัยตามแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น วัดผลความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น สรุปผลการดำเนินการ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เป็นกิจกรรมประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Evaluation) รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และคืนข้อมูลต่างๆให้ชุมชน เพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ หรือการขยายผลในชุมชนอื่นๆต่อไป ในขั้นตอนนี้ ได้ร่วมพิจารณาข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และ

จุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากำหนดทิศทางร่วมกัน และเป็นแนวทางใน การปรับแผนใหม่เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

2) ระยะที่ 3 หลังการดำเนินการวิจัย

เป็นขั้นตอนการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโคกตูม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และแบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และกำหนดรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโคกตูม อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความรู้ และระดับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2568 เลขที่ BRO 2025-095 รับรองระหว่าง วันที่ 2 กันยายน 2568 ถึงวันที่ 1 กันยายน 2569

ผลการวิจัย

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ PAOR สามารถสรุปเป็นรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายชุมชน เพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ และบทบาทของบุคลากรในชุมชนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ การพัฒนาความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้ม การพัฒนาทักษะการประเมินความเสี่ยงการหกล้ม และการสร้างเครือข่ายการทำงานในชุมชน

2) การจัดการสภาพแวดล้อม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดการหกล้ม ได้แก่ การประเมินและปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านผู้สูงอายุ ลดความเสี่ยงการหลัดตกหกล้ม และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

3) การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เพื่อลดพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม การปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันอย่างปลอดภัย และการดูแลสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงด้านร่างกาย

4) การติดตาม เฝ้าระวัง และการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดระบบติดตามเฝ้าระวังการหกล้ม และการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ระบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ระบบเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มในชุมชน และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา

ผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม ของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=15.29, S.D.=2.45) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=2.70 S.D.=0.19) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรม ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=273)

ความรู้	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ	11.70	3.29	ต่ำ	15.29	2.45	ปานกลาง	3.13-4.04	15.552	<0.001*
การป้องกันตนเองจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ	2.16	0.30	น้อย	2.70	0.19	มาก	0.49-0.57	24.704	<0.001*

*p-value<.05

การประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมิน Thai Falls Risk Assessment test (Thai – FRAT) ผลการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม (คะแนน 4 – 11 คะแนน) จำนวน 273 คน ร้อยละ 100.00 และหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม (คะแนน 4 – 11 คะแนน) จำนวน 123 คน ร้อยละ 45.05 และไม่มีโอกาสเสี่ยงการพลัดตก หกล้ม (คะแนนต่ำกว่า 4 คะแนน) จำนวน 150 คน ร้อยละ 54.95

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายชุมชน 2) การจัดการสภาพแวดล้อม 3) การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และ 4) การติดตาม เฝ้าระวัง และการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายชุมชน ส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน มีความรู้และทักษะในการป้องกันการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น ทั้งในด้านการประเมินความเสี่ยง การให้คำแนะนำผู้สูงอายุ และการทำงานร่วมกันในชุมชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรในชุมชนเพื่อให้สามารถดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบว่าการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผ่านการอบรมและการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุและการป้องกันการ

หกล้มได้[12] การจัดการสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การประเมินและปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุ การลดจุดเสี่ยงภายในบ้าน และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว สามารถลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ[13] การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงเน้นการส่งเสริมการออกกำลังกาย การปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปลอดภัย และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสมมากขึ้น พบว่าการส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกายและการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ สามารถเพิ่มระดับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้[14] และในการติดตาม เฝ้าระวัง และการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และการรายงานเหตุการณ์หกล้มในชุมชน เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานป้องกันการหกล้มมีความต่อเนื่องและยั่งยืน เนื่องจากการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ นอกจากนี้ ภายหลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และระดับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมทั้งด้านความรู้และพฤติกรรมของผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี และปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ[15] ดังนั้น ในการดำเนินกิจกรรมที่เน้นการให้ความรู้ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยเพิ่มระดับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขควรกำหนดให้การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในนโยบายด้านสุขภาพของชุมชน โดยบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อร่วมกันวางแผน ดำเนินงาน และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2) หน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านและชุมชน เช่น การติดตั้งราวจับ พื้นกันลื่น แสงสว่างที่เพียงพอ และการปรับปรุงพื้นที่เสี่ยงในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลสามารถนำรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มไปใช้ในการวางแผนดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการคัดกรองความเสี่ยง การให้ความรู้ และการติดตามดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มไปทดลองใช้ในตำบลหรืออำเภออื่นที่มีลักษณะชุมชนคล้ายคลึงกัน เพื่อ

พัฒนาเป็นแนวทางการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาวิจัยแบบติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนและผลลัพธ์ของการนำรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มไปใช้ในระยะยาว รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพและอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

2) ควรมีการศึกษาวิจัยในพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน ซึ่งจะช่วยพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองสถิติสังคม.(2566). สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
3. ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.(2567). รายงานการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2567. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 9.
4. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ.(2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
5. นิพา ศรีช้าง.(2562). การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2562. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/th/site/office/view/boe.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.(2567). รายงานผลการคัดกรองผู้สูงอายุ งานส่งเสริมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2567 บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.
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.
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. ลัดดา เถียมวงศ์, และคณะ. (2547). แนวทางการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ. 2547;5(2):23-35.
12. บุญส่ง แก้วดี, และคณะ.(2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการ พยาบาลสาธารณสุข. 2565;36(2):45-58.
13. สุภาวดี จันทร์เพ็ญ, และคณะ.(2566). ผลของโปรแกรมการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2566;19(1):78-89.
14. พิมพ์ชนก ศรีสุข, และคณะ.(2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2567;40(1):102-115.
15. ณัฐชยา พวงทอง, อรวรรณ กีรติสิโรจน์.(2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอทัพทัน จังหวัด อุทัยธานี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2565;38(1):73-85.

ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการโดยความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ร่วมกับการติดตามผ่านโปรแกรม e-Nonghan Care อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

The Effects of an Integrated Drug Addiction Care Model through Collaboration with the District Health Board and Monitoring via the e-Nonghan Care Program in Nong Han District, Udon Thani Province

(Received: March 21,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์[1] พรพิมล มัฆนาโส[2]

Sanit Ngawprommin[1] Phornphimon Muckhanaso[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลของการดำเนินงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการต่อผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูของผู้ป่วยยาเสพติด และเพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและการใช้โปรแกรม e-Nonghan Care ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงมีนาคม 2569 บูรณาการกรอบวงจรคุณภาพ PDCA (Plan – Do – Check – Act) 2 รอบ แบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ คือ 1) การศึกษาสถานการณ์ปัญหา (R1) 2) การพัฒนาและออกแบบรูปแบบ (D1) 3) การทดลองใช้ (R2) และ 4) การติดตามและประเมินผล (D2) รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามและแบบประเมินความพึงพอใจที่มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90, 0.84, 0.87 และ 0.89 ตามลำดับ ร่วมกับข้อมูลจากโปรแกรม e-Nonghan Care กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 จำนวน 38 คน และระยะที่ 3 จำนวน 269 คน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก 12 คน และการสนทนากลุ่ม 51 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ T – test, Wilcoxon Signed-Rank Test และ Cohen's d สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า "NONGHAN Model" ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ Networking (การสร้างเครือข่ายและความร่วมมือ) Observation (การสังเกตและติดตาม) Needs (การประเมินความต้องการ) Governance (การบริหารจัดการ) Holistic Implementation (การดูแลแบบองค์รวม) Assessment (การประเมินและวิเคราะห์ผล) และ Nurturing (การดูแลต่อเนื่อง) ผลการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการประเมินรูปแบบการดูแลของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก ($\bar{x}$ = 3.74, S.D. = 0.63) เป็น ($\bar{x}$ = 4.12, S.D. = 0.69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 8.22, p < 0.001, Cohen's d = 0.52) ระดับความรุนแรงทางจิตเวช (OAS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -5.29, p < 0.001) ผู้ป่วยจำนวน 71 ราย มีการลดระดับความรุนแรงลง ในขณะที่มีเพิ่มขึ้นเพียง 13 ราย และผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงสีเขียวเพิ่มจากร้อยละ 53.54 เป็นร้อยละ 75.98 ในด้านความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.37, S.D. = 0.66) ผลการวิจัยสะท้อนประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการร่วมกับการติดตามผ่านโปรแกรม e-Nonghan Care ที่ช่วยให้สามารถส่งต่อและปรับแผนการดูแลได้ทันท่วงที นอกจากนี้ยังสนับสนุนการนำ "NONGHAN Model" ไปขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการ/ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ หนองหานโมเดล

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate an integrated drug patient care model, assess its effects on rehabilitation outcomes among drug patients, and analyze the effectiveness of District Health Board (DHB) participation and the utilization of the e-Nonghan Care application in the care of substance use disorder patients in Nonghan District, Udon Thani Province, from October 2025 to March 2026. The study employed two cycles of the Plan–Do–Check–Act (PDCA) quality improvement framework and was divided into four phases: (1) situation analysis (R1), (2) model development and design (D1), (3) model implementation (R2), and (4) monitoring and outcome evaluation (D2). Quantitative data were collected using questionnaires and satisfaction assessment tools with reliability coefficients of 0.90, 0.84, 0.87, and 0.89, respectively, along with the e-Nonghan Care program. The sample consisted of 38 participants in Phase 1 and 269 participants in Phase 3. Qualitative data were collected through brainstorming interviews with 12 key informants and focus group discussions with 51 participants. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, Wilcoxon Signed-Rank Test, and Cohen's d while qualitative data were subjected to content analysis.

---

[1] ส.ม. (การบริหารงานสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

[2] วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

The findings revealed that the developed model, termed the "NONGHAN Model," comprised seven steps: Networking, Observation, Needs, Governance, Holistic Implementation, Assessment, and Nurturing. Implementation of the model demonstrated that the mean score for patient care model evaluation increased significantly from ($\bar{x}$ = 3.74, S.D. = 0.63) to ($\bar{x}$ = 4.12, S.D. = 0.69) (t = 8.22, p < 0.001, Cohen's d = 0.52). Psychiatric severity scores based on the Overt Aggression Scale (OAS) decreased significantly (Z = -5.29, p < 0.001), with 71 patients showing reduced severity levels compared to only 13 patients showing an increase. Furthermore, the proportion of patients classified at the green severity level increased from 53.54% to 75.98%. Overall satisfaction was rated at the highest level ($\bar{x}$ = 4.37, S.D. = 0.66). These findings demonstrate the effectiveness of the integrated drug patient care model combined with the e-Nonghan Care digital tracking program in facilitating timely care plan adjustment and patient referral. The results further support the scalability of the NONGHAN Model to other areas with similar contextual characteristics.

Keywords: an Integrated Drug Addiction Care Model/ District Health Board / NONGHAN Model

บทนำ

ปัญหายาเสพติดถือเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงสร้างภาระต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดจึงไม่ใช่เพียงการบำบัดรักษาทางการแพทย์ แต่ยังต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและสร้างการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน แนวคิดการดูแลแบบบูรณาการ (integrated care model) ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นกลไกที่สามารถเชื่อมโยงการทำงานของระบบสุขภาพกับภาคสังคมและชุมชน ทำให้เกิดความต่อเนื่อง ครอบคลุม และสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่[1] หลักการดังกล่าวจึงเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่ผสมผสานทั้งการแพทย์ สาธารณสุขและชุมชนภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกับระบบดิจิทัลเพื่อการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

องค์การสหประชาชาติรายงานว่ามีประชากรทั่วโลกที่ใช้สารเสพติดสูงถึงประมาณ 316 ล้านคน แต่มีผู้ที่มีภาวะการใช้สารเสพติดผิดปกติเพียง 1 ใน 12 คนเท่านั้นที่ได้รับการบำบัดรักษา[2] ปัญหานี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและประชากรวัยทำงาน ขณะที่ภูมิภาคเอเชียเผชิญความท้าทายจากการแพร่ระบาดของ เมทแอมเฟตามีนและเฮโรอีน[3] สำหรับประเทศไทยปัญหายาเสพติดยังคงเป็นปัญหาหลักที่ส่งผลกระทบต่อ ความมั่นคง เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้ยาซ้ำซากที่มีอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูง แม้จะได้รับการบำบัดแล้วก็ตาม[4] ข้อมูลจากพื้นที่จังหวัดอุดรธานีสะท้อนสถานการณ์ที่รุนแรงเช่นเดียวกัน โดยอำเภอหนองหานเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูง สอดคล้องกับรายงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เข้มแข็งและยั่งยืน[5]

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหายาเสพติดมีทั้งด้านบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ไม่ว่าจะเป็นความเครียด ปัญหาครอบครัว สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงยาเสพติด รวมถึงการขาดโอกาสทางการศึกษาและการประกอบอาชีพ การแก้ไขปัญหาจึงต้องอาศัยการบูรณาการหลายมิติ ทั้งการบำบัดรักษาทางการแพทย์ควบคู่กับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม และการสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมในชุมชน งานวิจัยที่ผ่านมาเสนอรูปแบบการบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วมและกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่สามารถลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำและสร้างความร่วมมือเชิงพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6] นอกจากนี้ การนำระบบดิจิทัลมาใช้ติดตามผู้ป่วย เช่น แอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มการรายงานผลการรักษา ยังช่วยให้การติดตามมีความต่อเนื่อง ถูกต้อง และตรวจสอบได้ ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานที่ทันสมัยและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์สาธารณสุขในยุคดิจิทัล

งานวิจัยหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่าการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการ โดยมีชุมชนและองค์กรท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม สามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดอัตราการหลุดจากระบบการรักษา

และลดการกลับไปเสพซ้ำ[7] การติดตามต่อเนื่องผ่านระบบดิจิทัลยังช่วยให้การรายงานผลมีประสิทธิภาพและสร้างฐานข้อมูลกลางที่สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายได้ดียิ่งขึ้น สำหรับพื้นที่อำเภอหนองหาน การประยุกต์ใช้โมเดลดังกล่าวจะช่วยเสริมศักยภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการบูรณาการเครือข่ายท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน โดยมีกระบวนการทำงานตามขั้นตอนที่ชัดเจน เช่น การคัดกรอง การส่งต่อ และการติดตามตามคู่มือการดำเนินงาน เป็นต้น

แม้จะมีงานวิจัยและโครงการนำร่องจำนวนมากที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบชุมชน มีส่วนร่วม แต่ยังพบข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ การขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ ขาดการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงพอเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการนำระบบดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการติดตามผู้ป่วยร่วมกับกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในจังหวัดอุดรธานี การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างความรู้ดังกล่าวด้วยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่ผสมผสานการทำงานเชิงบูรณาการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กับการติดตามผ่านระบบดิจิทัล เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน สามารถขยายผลและต่อยอดเป็นนโยบายระดับจังหวัดและประเทศได้อย่างยั่งยืน[8]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการ (NONGHAN Model) โดยความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกับการติดตามผ่านโปรแกรม e-Nonghan Care

2. เพื่อประเมินผลของการดำเนินงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการต่อผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูของผู้ป่วยยาเสพติด

3. เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

4. เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม e-Nonghan Care ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

สมมติฐานในการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการ “NONGHAN Model” มีประสิทธิผลมากกว่าการดูแลตามวิธีปกติ โดยวัดจากแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS) ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบ “NONGHAN Model” มีผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ วัดจากคะแนนการประเมินรูปแบบการดูแลที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด สะท้อนจากระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อยู่ในระดับมากที่สุด

4. การใช้โปรแกรม e-Nonghan Care มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด สะท้อนจากระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อยู่ในระดับมากที่สุด

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R & D) บูรณาการกรอบวงจรคุณภาพ PDCA (Plan – Do – Check – Act) 2 รอบ โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหา (R1) ระยะที่ 2 การพัฒนาและออกแบบรูปแบบ (D1) ระยะที่ 3 การทดลองใช้ (R2) และระยะที่ 4 การติดตามและประเมินผล (D2) รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหารูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mix method research) ได้แก่ 1) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่ม

ผู้เกี่ยวข้อง 2) สนทนากลุ่ม/ถอดบทเรียนจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบและออกแบบรูปแบบ สังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 เพื่อออกแบบ (ร่าง) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่ม วัด 2 ครั้ง ก่อน – หลัง - พื้นที่ รพ.สต./รพ.หนองหาน 15 แห่ง ในอำเภอ หนองหาน จังหวัดอุดรธานี มีเกณฑ์คัดเข้าผู้แทนในกลุ่มที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 4 การติดตามและประเมินผล รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ ติดตามและประเมินผลผู้ป่วยตามแนวทางบำบัด Patient journey และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (Overt Aggression Scale: OAS)

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินงานในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 16 คน ผู้บริหารโรงพยาบาลหนองหานและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 11 คน และบุคลากรผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด จำนวน 11 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากร[9] คำนวณจากสูตรดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}P(1-P)}{e^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2}P(1-P)}$$

ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95.0 โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 และใช้สัดส่วนของการใช้ยาเสพติดร้อยละ 11.7[10] เป็นฐานในการคำนวณ สุ่มตัวอย่างโดยการเทียบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามขนาดของประชากร และดำเนินการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) คือ ตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตัวแทนผู้บริหารโรงพยาบาลหนองหาน และตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 คน เพื่อร่วมระดมความคิดเห็น (Brain Storming) และถอดบทเรียน นอกจากนั้นยังเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยเลือกแบบเจาะจง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้บริหารโรงพยาบาลหนองหานและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบุคลากรผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด รวม 51 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มตามตำแหน่ง

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการร่วมกับการติดตามผ่านโปรแกรม e-Nonghan Care กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด เลือกแบบเจาะจง จำนวน 15 คน และผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 254 คน โดยใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร[9] และสุ่มตัวอย่างโดยการเทียบสัดส่วนตามขนาดประชากรของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) เป็นบุคลากรที่มีประสบการณ์ทำงานการดูแล/จัดบริการผู้ป่วยยาเสพติด อย่างน้อย 6 เดือน เพื่อให้มีความเข้าใจบริบทการทำงาน 2) เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาการใช้สารเสพติดตามเกณฑ์ทางการแพทย์ และเข้ารับการบำบัดรักษาหน่วยบริการสาธารณสุขในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี 3) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 4) มีภูมิลำเนาและพำนักในพื้นที่อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี และมีแผนที่จะอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน 5) มีโทรศัพท์มือถือพื้นฐาน/สมาร์ทโฟนหรือสามารถเข้าถึงอุปกรณ์สำหรับการติดตามดิจิทัลได้ 6) ผู้ให้ข้อมูลที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) เป็นบุคลากรที่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ ลาคลอด ลาป่วยระยะยาว หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน 2) เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในภาวะทางการแพทย์หรือจิตเวชที่ไม่เสถียรและต้องการการรักษาเร่งด่วน เช่น ภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันที่เสี่ยงต่อ

การฆ่าตัวตาย ภาวะหลอนร้ายแรง เป็นต้น 3) เป็นผู้ป่วยที่ถูกจำกัดสิทธิเสรีภาพ เช่น ถูกคุมขังทำให้ไม่สามารถติดตามระยะยาวได้ เป็นต้น 4) เป็นผู้ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนความยินยอมในระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงปริมาณที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1 แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ ตอนที่ 2 ปัญหาและความต้องการในดูแลผู้ป่วย ยาเสพติด จำนวน 10 ข้อ และตอนที่ 3 ความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดบูรณาการ จำนวน 10 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 3 สำหรับบุคลากรผู้ให้บริการ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ ตอนที่ 2 แบบสอบถามการดำเนินงานยาเสพติด จำนวน 20 ข้อ โดยตอนที่ 1 และตอนที่ 2 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และตอนที่ 3 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ เป็นแบบสอบถามปลายเปิดเพื่อให้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 3 สำหรับผู้ป่วยยาเสพติด แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ และตอนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 20 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ชุดที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 4 แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 3 ข้อ และตอนที่ 2 แบบประเมินความ พึงพอใจ จำนวน 17 ข้อคำถาม โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก การระดมความคิดเห็น และการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อเก็บข้อมูลอย่างครอบคลุมเชิงประจักษ์ที่ลุ่มลึกเกี่ยวกับบริบทพื้นที่ สถานการณ์ปัญหา และแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการร่วมกับการติดตามผ่านโปรแกรม e-Nonghan Care

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงาน ยาเสพติดและการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ด้วยสถิติ Paired t – test สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test และคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect Size) ด้วยค่า Cohen's d สำหรับการเปรียบเทียบก่อน-หลัง โดยผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการใช้สถิติด้วย Kolmogorov-Smirnov (K-S test) พบว่า มีการแจกแจงปกติ

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 169 ลงวันที่ 8 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.3 อายุระหว่าง 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.1 ($\bar{X}$ = 44.37, S.D. = 10.32) สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 63.2 ระดับการศึกษาปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 73.7 ตำแหน่ง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 42.2 มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติด 1 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.7 ($\bar{X}$ = 8.63, S.D. = 7.56)

ระยะที่ 2 กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.3 อายุระหว่าง 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 ($\bar{X}$ = 36.53, S.D. = 6.30) สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 53.3 ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 80.0 มีประสบการณ์ การทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติด 1 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.7 ($\bar{X}$ = 6.20, S.D. = 5.09)

กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 96.1 อายุระหว่าง 30 – 39 ปี คิดเป็น ร้อยละ 44.1 ($\bar{X}$ = 35.12, S.D. = 8.73) สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 68.5 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา-ตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 38.6 อาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 37.4 ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด 6 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.2 ($\bar{X}$ = 9.47, S.D. = 4.77)

2. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการ

2.1 ผลการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด พบว่า ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยประเด็นที่ได้รับคะแนนสูงสุดสองอันดับแรกซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดต้องการการฟื้นฟูทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ($\bar{X}$ = 4.45, S.D. = 0.89) และครอบครัวผู้ป่วยยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติด ($\bar{X}$ = 4.45, S.D. = 0.65) ส่วนรายข้อที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ยังไม่ครอบคลุมทุกภาคส่วน ($\bar{X}$ = 3.21, S.D. = 1.07) ภาพรวมคะแนนปัญหาและความต้องการอยู่ที่ 40.24 คะแนน จาก 50 คะแนน (S.D. = 4.36) โดยร้อยละ 55.3 มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติด (n = 38)

ระดับความคิดเห็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัญหาและความต้องการในการดูแลสูง (40 - 50 คะแนน)	21	55.3
ปัญหาและความต้องการในการดูแลปานกลาง (30 – 39 คะแนน)	17	44.7
ปัญหาและความต้องการในการดูแลต่ำ (0 – 29 คะแนน)	0	0
$\bar{X}$ = 40.24 S.D.= 4.36 Max = 50 Min = 32		

2.2 ผลการวิเคราะห์แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการ พบว่า ความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ประเด็นที่ได้คะแนนสูงสุดคือ การทำงานแบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ($\bar{X}$ = 4.76, S.D. = 0.49) ส่วนประเด็นที่ยังได้คะแนนต่ำสุด คือ รูปแบบ บูรณาการร่วมกับระบบติดตามดิจิทัลจะช่วยลดอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้ ($\bar{X}$ = 4.03, S.D. = 0.97) ซึ่งภาพรวมคะแนนแนวทางการพัฒนารูปแบบอยู่ที่ 44.79 คะแนน จาก 50 คะแนน (S.D. = 4.41) โดยร้อยละ 89.5 มีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ซึ่งสะท้อนถึงความพร้อมและฉันทามติขององค์กรในการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการ (n = 38)

ระดับความคิดเห็น	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (40 - 50 คะแนน)	34	89.5
ระดับปานกลาง (30 – 39 คะแนน)	4	10.5
ระดับต่ำ (0 – 29 คะแนน)	0	0
$\bar{X}$ = 44.79 S.D.= 4.41 Max = 50 Min = 32		

ข้อมูลเชิงคุณภาพยืนยันผลเชิงปริมาณ โดยผู้ให้สัมภาษณ์ระบุว่า "การวางแผนที่ดีคือการทำให้มาตรฐานของโรงพยาบาลกระจายออกไปอยู่ในมือของชุมชน โดยมี e-Nonghan Care เป็นตัวเชื่อม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและต่อเนื่องที่สุด" และ "รูปแบบที่สมบูรณ์แบบคือระบบที่ตำรวจไม่ต้องจับ หมอไม่ต้อง

กักตัว และชาวบ้านไม่ต้องกลัว เพราะมีระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพและความร่วมมือที่เหนียวแน่น”

3. การพัฒนารูปแบบ “NONGHAN Model” เป็นกระบวนการสำคัญที่มุ่งสังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 เข้ากับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างร่างรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของอำเภอหนองหาน ผลจากกระบวนการพัฒนาได้รูปแบบที่มีชื่อว่า "NONGHAN Model" ซึ่งตั้งชื่อตามพื้นที่ดำเนินการ เพื่อสะท้อนความเป็นเจ้าของของชุมชนหนองหาน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ภายใต้ตัวย่อ N-O-N-G-H-A-N โดยแต่ละขั้นตอนมีเหตุผลและเป้าหมายเฉพาะดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 N – Networking (การสร้างเครือข่ายและความร่วมมือ) มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุข คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ชุมชน ครอบครัว และผู้ป่วย ขั้นตอนนี้ตั้งอยู่ในลำดับแรกอย่างตั้งใจ เพราะผลจากระยะที่ 1 ชี้ให้เห็นชัดว่าระบบเดิมทำงานแบบแยกส่วน ปัญหาหลักจึงไม่ใช่การขาดทรัพยากร แต่เป็นการขาดการประสานงาน ดังนั้นการสร้างเครือข่ายและความร่วมมือจึงเป็นรากฐานที่ต้องวางก่อนทุกสิ่ง

ขั้นตอนที่ 2 O – Observation (การสังเกตและติดตาม) มุ่งเน้นการเก็บข้อมูลและติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมพฤติกรรม สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต โดยขั้นตอนนี้ไม่ใช่แค่การสังเกตทั่วไป แต่เชื่อมโยงโดยตรงกับระบบดิจิทัลผ่านโปรแกรม e-Nonghan Care และประเมินผลผู้ป่วยตามแนวทางบำบัด Patient Journey (ระบบสี 4 ระดับ) ทำให้การสังเกตที่เคยเป็นเรื่องส่วนตัวของบุคลากรแต่ละคน กลายเป็นข้อมูลกลางที่ทุกฝ่ายเข้าถึงและใช้งานร่วมกันได้

ขั้นตอนที่ 3 N – Needs (การประเมินความต้องการ) มุ่งสำรวจความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ก่อนออกแบบการดูแล ขั้นตอนนี้เกิดจากข้อค้นพบในระยะที่ 1 ที่พบว่าระบบเดิมมักกำหนดการดูแลจากมุมมองของผู้ให้บริการมากกว่ามุมมองของผู้รับบริการ ทำให้การรักษาไม่สอดคล้องกับชีวิตจริงของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรักษาโดยตรง

ขั้นตอนที่ 4 G – Governance (การบริหารจัดการ) มุ่งกำหนดโครงสร้างการบริหาร บทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย และกระบวนการตัดสินใจ โดยตั้งให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกกำกับดูแลหลัก ขั้นตอนนี้แก้ปัญหาเรื่องความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ ซึ่งจากระยะที่ 1 พบว่าก่อนพัฒนา คะแนนด้านการกำหนดบทบาทหน้าที่อยู่ในอันดับรองลงมา ($\bar{X}$ = 4.20, S.D. = 0.86) สะท้อนว่าบุคลากรยังมีความไม่แน่ใจว่าใครรับผิดชอบอะไร

ขั้นตอนที่ 5 H – Holistic Implementation (การดูแลแบบองค์รวม) มุ่งบูรณาการการฟื้นฟูผู้ป่วยครบทุกมิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และอาชีพ ขั้นตอนนี้ตอบโจทย์ตรงกับประเด็นที่ได้คะแนนสูงสุดในระยะที่ 1 ที่ผู้ปฏิบัติงานระบุว่าผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูครบ 3 มิติ ($\bar{X}$ = 4.45, S.D. = 0.89) โดยขยายเพิ่มมิติอาชีพเข้าไปด้วย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานที่ต้องการกลับคืนสู่ตลาดแรงงานหลังบำบัด

ขั้นตอนที่ 6 A – Assessment (การประเมินและวิเคราะห์ผล) มุ่งประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการฟื้นฟูผู้ป่วยและประสิทธิผลของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขั้นตอนนี้แตกต่างจากการประเมินทั่วไปตรงที่เป็นการประเมินสองทาง คือประเมินทั้งผู้ป่วยและประเมินกระบวนการทำงานของระบบเองด้วย ทำให้สามารถปรับแก้ได้ทันทีเมื่อพบจุดอ่อน

ขั้นตอนที่ 7 N – Nurturing (การดูแลต่อเนื่อง) มุ่งสร้างความต่อเนื่องในการดูแลและติดตามผู้ป่วยผ่านเครือข่ายชุมชนและระบบดิจิทัลผ่านโปรแกรม e-Nonghan Care ขั้นตอนสุดท้ายนี้ตอบโจทย์ปัญหาการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ (Relapse) โดยตรง เพราะการติดตามที่ขาดความต่อเนื่องคือสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาติดซ้ำ N - Nurturing จึงออกแบบให้ไม่มีจุดสิ้นสุด แต่เป็นวงจรการดูแลที่หมุนต่อเนื่องตลอดไป



ภาพที่ 1 รูปแบบ “NONGHAN Model”

4. ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการร่วมกับการติดตามผ่านโปรแกรม e-Nonghan Care

4.1 กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ เมื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบมีหลายข้อที่คะแนนปรับเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดมีความเหมาะสมและชัดเจน ($\bar{x}$ = 4.33, S.D. = 0.62) การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และภาคีเครือข่ายช่วยสนับสนุนการดำเนินงานได้ดี ($\bar{x}$ = 4.33, S.D. = 0.90) การทำงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และหน่วยงานอื่น ๆ ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ($\bar{x}$ = 4.33, S.D. = 0.49) การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยและครอบครัวมีประสิทธิภาพ ($\bar{x}$ = 4.33, S.D. = 0.82) และการทำงานร่วมกับระบบดิจิทัลช่วยให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนได้ง่ายขึ้น ($\bar{x}$ = 4.33, S.D. = 0.62)

4.2 กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดพบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน โดยก่อนการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยร้อยละ 61.8 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 27.2 อยู่ในระดับสูง หลังการใช้รูปแบบสัดส่วนเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญโดยร้อยละ 61.8 ยกระดับขึ้นมาอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 34.6 อยู่ในระดับ ปานกลาง สะท้อนการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญของระบบการดูแลโดยรวม และหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วย พึงพอใจกับรูปแบบการดูแลและการติดตามผลโดยรวม ($\bar{x}$ = 4.29, S.D. = 0.83)

5. การติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการร่วมกับการติดตามผ่านโปรแกรม e-Nonghan Care

5.1 ผลลัพธ์กระบวนการ (Output) เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา ผลการเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดภาพรวมในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 254 คน พบว่า ก่อนการพัฒนา อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด 157 คน (ร้อยละ 61.8) รองลงมาคือระดับสูง 69 คน (ร้อยละ 27.2) หลังการพัฒนา ระดับสูงมากที่สุด 157 คน (ร้อยละ 61.8) รองลงมาคือระดับปานกลาง 88 คน (ร้อยละ 34.6) สะท้อนการยกระดับที่มีนัยสำคัญของระบบการดูแลโดยรวม

ผลการเปรียบเทียบระดับความรุนแรง (OAS) ก่อนและหลังพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยสีเขียว (ไม่มีอาการทางจิตเวช) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.54 เป็นร้อยละ 75.98 ขณะที่ผู้ป่วยสีเหลืองลดลงจากร้อยละ 39.76 เป็นร้อยละ 17.32 ผลการทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า ระดับความรุนแรงหลัง การพัฒนาลดลงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-5.29$, $p<0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบระดับความรุนแรง (สี) ก่อนและหลังการพัฒนา ของผู้ป่วยยาเสพติด (n = 254)

การเปรียบเทียบ	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
หลังการพัฒนา - ก่อนการพัฒนา				-5.29*	<0.001
อันดับทางลบ (Negative Ranks)	71	40.39	2867.50		
อันดับทางบวก (Positive Ranks)	13	54.04	702.50		
เสมอ (Ties)	170				
รวม	254				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2 ผลการประเมินความพึงพอใจ

ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับสูง ร้อยละ 73.0 ด้านที่ได้คะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ ด้านระบบติดตามและเทคโนโลยีดิจิทัล ($\bar{X}$= 4.41, S.D. = 0.68) โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อความปลอดภัยและการเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคล ($\bar{X}$ = 4.51, S.D. = 0.74)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในอำเภอหนองหานมีระดับการรับรู้ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 40.24, S.D. = 4.36) สะท้อนการตระหนักรู้อย่างลึกซึ้งถึงความซับซ้อนของปัญหายาเสพติดในระดับพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Biopsychosocial Model ของ เอ็นเกิล (Engel)[11] ที่มองปัญหาการติดสารเสพติดว่าเป็นผลลัพธ์จากปฏิสัมพันธ์อันซับซ้อนระหว่างปัจจัย ด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม การที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ความสำคัญสูงสุดกับความต้องการการฟื้นฟูแบบองค์รวมและการขาดทักษะของครอบครัวสะท้อนว่าบริบทของอำเภอหนองหานต้องการการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งนี้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข[12] รายงานว่าพื้นที่ที่มีกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีประสิทธิภาพสูงมีอัตราการบำบัดสำเร็จสูงขึ้นร้อยละ 18 และอัตราการกลับเสพซ้ำลดลงร้อยละ 22 ยืนยันความสำคัญของการดูแลแบบบูรณาการในระดับอำเภอ ประเด็นที่น่าสนใจคือการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ยังไม่ครอบคลุมทุกภาคส่วนได้รับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$ = 3.21, S.D. = 1.07) สะท้อนว่าการบูรณาการ ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนยังมีช่องว่าง สอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนของอาร์นสไตน์ (Arnstein)[13] ที่ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมที่แท้จริงต้องก้าวข้ามระดับการรับรู้ข้อมูลไปสู่การร่วมตัดสินใจและร่วมรับผิดชอบ ข้อค้นพบนี้สนับสนุนความจำเป็นในการพัฒนากลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้มีความเข้มแข็งและครอบคลุมกว่าเดิม

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (NONGHAN Model) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด “NONGHAN Model” ที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดหลายประการ กล่าวคือ ขั้นตอน N - Networking และ G - Governance สะท้อนหลักการ Health in All Policies ขององค์การอนามัยโลก[14] ที่เน้นการบูรณาการนโยบายสุขภาพเข้าสู่ภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคม ขั้นตอน N - Needs สอดคล้องกับ Transtheoretical Model ของโพรแชสกา และดีเคลเมนเท (Prochaska & DiClemente)[15] ที่ยืนยันความสำคัญของการประเมินความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงก่อนเริ่มการบำบัด ส่วนขั้นตอน H - Holistic Implementation นำแนวคิดการฟื้นฟูแบบองค์รวมของสำนักงานบริหารจัดการด้านการใช้สารเสพติดและบริการสุขภาพจิต (SAMHSA)[16] มาผสานกับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน (Community-Based Treatment: CBTx) กรมการแพทย์[17] และขั้นตอน N - Nurturing เชื่อมโยงกับกรอบ mHealth ขององค์การอนามัยโลก[18] ที่สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมความต่อเนื่องของ การดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ “NONGHAN Model” ยังมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ คัมพ์เฟอร์ (Kumpfer)

และคณะ[19] ที่พบว่าโปรแกรมการฟื้นฟูที่มีชุมชนมีส่วนร่วมสูงมีประสิทธิผลเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 – 60 เมื่อเทียบกับโปรแกรมที่ไม่มีการมีส่วนร่วมของชุมชน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดทุนทางสังคมที่ยืนยันว่าเครือข่ายความสัมพันธ์และความไว้วางใจในชุมชนเป็นรากฐานสำคัญของการแก้ปัญหาสาธารณสุข[33] และสอดรับกับผลการวิจัยของวัลยา ธรรมพนิชวัฒน์[20] ที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กับความสำเร็จในการบำบัด (r = 0.67)

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดต่อกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ ผลการเปรียบเทียบการดำเนินงานยาเสพติดของบุคลากรผู้ให้บริการก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ($\bar{x}$ = 3.96, S.D. = 0.98) เพิ่มขึ้นเป็น ($\bar{x}$ = 4.12, S.D. = 0.60) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 0.79, p = 0.44) ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก (n = 15) ทำให้อำนาจทางสถิติ (Statistical Power) ไม่เพียงพอในการตรวจจับความแตกต่างขนาดเล็ก อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเชิงคุณภาพพบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่ชัดเจน โดยเฉพาะการที่กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการมีระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานยาเสพติดอยู่ในระดับที่ต่ำ (0 – 59 คะแนน) ลดลงจากร้อยละ 20.0 เหลือร้อยละ 0 หลังการใช้รูปแบบสะท้อนประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการดำเนินงานและการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในภาพรวม ประเด็นที่บุคลากรให้ความสำคัญหลังการใช้รูปแบบ ได้แก่ นโยบายการดำเนินงานมีความชัดเจน ($\bar{x}$ = 4.47, S.D. = 0.74) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดมีความเหมาะสมและชัดเจน ($\bar{x}$ = 4.33, S.D. = 0.62) การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และภาคีเครือข่ายช่วยสนับสนุนการดำเนินงานได้ดี ($\bar{x}$ = 4.33, S.D. = 0.90) การทำงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และหน่วยงานอื่น ๆ ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ($\bar{x}$ = 4.33, S.D. = 0.49) การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยและครอบครัวมีประสิทธิภาพ ($\bar{x}$ = 4.33, S.D. = 0.82) การทำงานร่วมกับระบบดิจิทัลช่วยให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนได้ง่ายขึ้น ($\bar{x}$ = 4.33, S.D. = 0.62) สอดคล้องกับทฤษฎีการกระทำร่วมที่เน้นความสำคัญของกฎเกณฑ์ที่ชัดเจนและการบริหารจัดการร่วมกันในการแก้ปัญหาสาธารณะ[32] รวมทั้งสอดคล้องกับแนวทาง UCCARE ที่กำหนดให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน[34]

4. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการประเมินรูปแบบการดูแลของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก ($\bar{x}$ = 3.74, S.D. = 0.63) เป็น ($\bar{x}$ = 4.12, S.D. = 0.69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 8.22, p < 0.001) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบบูรณาการมีผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะพร ศักดิ์เกษม และคณะ[21] ที่พบว่ารูปแบบการดูแลบูรณาการส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดเสพหลัง 6 เดือนร้อยละ 68.3 สูงกว่าการดูแลแบบปกติที่ร้อยละ 48.7 อย่างมีนัยสำคัญ และสนับสนุนข้อค้นพบของแม็กเลลแลน (McLellan) และคณะ [22] ที่รายงานว่าการบูรณาการบริการการดูแลส่งผลให้อัตราการงดเว้นสารเสพติดเพิ่มขึ้นร้อยละ 28.3 ประเด็นที่น่าสังเกตคือรายข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงสูงสุดหลังการใช้รูปแบบ ได้แก่ ผู้ป่วยรู้สึกว่ารูปแบบการดูแลนี้เหมาะสมกับตนเองและบริบทของชีวิต ($\bar{x}$ = 4.28, S.D. = 0.82) และผู้ป่วยสามารถนำแนวทางที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ($\bar{x}$ = 4.23, S.D. = 0.82) ซึ่งสะท้อนประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory)[31] และแนวทาง Motivational Interviewing[23] ในการสร้างแรงจูงใจภายในของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการฟื้นฟูที่ยั่งยืน นอกจากนี้รายข้อที่เกี่ยวกับการใช้ระบบดิจิทัลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยติดตามการรักษาและรับคำแนะนำได้ง่าย มีคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นจาก ($\bar{x}$ = 3.54, S.D. = 0.95) เพิ่มขึ้นเป็น ($\bar{x}$ = 4.20, S.D. = 0.88) อย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (t = 6.92, p < 0.001) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของโทรัส

(Torous) และคณะ[24] ที่วิเคราะห์งานวิจัย 46 เรื่อง พบว่า mHealth สามารถลดการใช้สารเสพติดและเพิ่มอัตราการคงอยู่ในการรักษา รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของอรัญญา วงศ์ดีวัตร และคณะ[25] ที่พบว่าการใช้แอปพลิเคชันเพิ่มอัตราการติดตามผลร้อยละ 67.5

5. การเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงทางจิตเวช (Overt Aggression Scale: OAS) ผลการทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่าระดับความรุนแรงของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.29$, $p < 0.001$) โดยผู้ป่วยสีเขียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.54 เป็นร้อยละ 75.98 ผลลัพธ์นี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าการดูแลแบบบูรณาการมีประสิทธิผลมากกว่าการดูแลตามวิธีปกติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของอนิรุทธ์ ชัยสมบูรณ์พันธ์ และคณะ[26] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติดแบบมีส่วนร่วม “BCH-UD Model” พบว่า การใช้ยาบ้าลดลงจากร้อยละ 98 เหลือร้อยละ 65.3 ภายหลังการใช้รูปแบบบูรณาการ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยยาเสพติดจำนวน 71 ราย มีการลดระดับความรุนแรง (Negative Ranks) ในขณะที่เพิ่มขึ้นเพียง 13 ราย (Positive Ranks) สะท้อนประสิทธิผลของระบบการจำแนกผู้ป่วยตาม Patient journey ร่วมกับการติดตามผ่านโปรแกรม e-Nonghan Care ที่ช่วยให้สามารถส่งต่อและปรับแผนการดูแลได้ทันท่วงที สอดคล้องกับงานวิจัยของกนกวรรณ บุญยะมาลิก และคณะ[27] ที่พบว่าระบบสารสนเทศบูรณาการส่งผลให้อัตราการติดตามครบตามแผนเพิ่มขึ้นร้อยละ 55.8

6. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการร่วมกับการติดตามผ่านโปรแกรม e-Nonghan Care ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.37, S.D. = 0.66) โดยด้านระบบติดตามและเทคโนโลยีดิจิทัลได้รับความพึงพอใจสูงกว่าด้านการดำเนินงานและการดูแลผู้ป่วย ประเด็นที่ได้รับความ พึงพอใจสูงสุด คือ ความปลอดภัยและการเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคล ($\overline{X}$ = 4.51, S.D. = 0.74) สะท้อนว่าผู้ใช้งานตระหนักถึงความสำคัญของความเป็นส่วนตัว สอดคล้องกับกรอบ mHealth ขององค์การอนามัยโลก[18] ที่เน้นธรรมาภิบาลข้อมูลสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Data Governance) เป็นเงื่อนไขสำคัญของความยั่งยืน ระดับความพึงพอใจดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของกุสตาฟสัน (Gustafson) และคณะ[28] ในการทดลอง A - CHESS RCT ที่พบว่าผู้ป่วยซึ่งใช้ระบบดิจิทัลช่วยในการฟื้นฟูมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และสอดรับกับการศึกษาของโทฟิกี (Tofighi) และคณะ[29] ที่ยืนยันว่าการออกแบบระบบดิจิทัลที่ตอบสนองต่อบริบทของผู้ใช้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการยอมรับและการใช้งานอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด สะท้อนจากการที่ผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่าการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และภาคีเครือข่ายช่วยสนับสนุนการดำเนินงานได้ดี และการทำงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบล้วนอยู่ในระดับมากที่สุด ยืนยันบทบาทสำคัญของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในฐานะกลไกการกำกับดูแลระดับอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของโลเด (Laudet) และไวท์ (White)[30] ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวระยะยาวสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนถึง 2.5 เท่า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรพิจารณากำหนดให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเป็นวาระถาวรในอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างเป็นทางการในระดับระเบียบหรือประกาศของอำเภอ

2) ควรจัดสรรงบประมาณประจำปีสำหรับการพัฒนาและบำรุงรักษาระบบโปรแกรม e-Nonghan Care อย่างต่อเนื่อง

3) ควรพิจารณานำรูปแบบ NONGHAN Model ขยายผลสู่อำเภออื่นในจังหวัดอุดรธานี ที่มีบริบทและโครงสร้างของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) ควรพัฒนาโปรแกรมป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ (Relapse Prevention Program) เฉพาะทาง สำหรับช่วง 6 – 12 เดือนแรกหลังการบำบัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติใช้ยาเสพติดนานเกิน 10 ปี

2) ควรทบทวนและปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อลดภาระงานซ้ำซ้อนของบุคลากร โดยใช้ฟังก์ชันของระบบ e-Nonghan Care มาทดแทนการบันทึกข้อมูลด้วยมือให้มากที่สุด

3) ควรกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในเรื่องการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยและการส่งต่อข้อมูลระหว่างบุคลากร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรดำเนินการวิจัยติดตามผลระยะยาว 12 – 24 เดือน เพื่อประเมินอัตราการกลับมาใช้ ยาเสพติดซ้ำที่แท้จริงและความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาดำเนินการเพียง 6 เดือน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมถาวรต้องใช้เวลานาน ทั้งนี้สามารถใช้ฐานข้อมูลที่บันทึกไว้แล้วในระบบโปรแกรม e-Nonghan Care เป็นแหล่งข้อมูลหลักสำหรับการวิจัย

2) ควรศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Cost-Effectiveness Analysis) ของ NONGHAN Model โดยเปรียบเทียบกับรูปแบบการดูแลมาตรฐาน การวิเคราะห์ต้นทุนต่อผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระดับสูงหนึ่งรายและการเปรียบเทียบกับต้นทุนทางสังคมของปัญหายาเสพติดที่ไม่ได้รับการจัดการจะเป็นข้อมูลสำคัญในการสนับสนุนการขยายผลเชิงนโยบายในระดับจังหวัดและระดับประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ รวมถึงขอขอบคุณนายอำเภอหนองหาน ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรหนองหาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ บุคลากรผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดและผู้ป่วยยาเสพติด ในอำเภอหนองหานทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลสำคัญจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Hill K, Kuo I, Shenoi SV, Desruisseaux MS, Springer SA. Integrated care models: HIV and substance use. Curr HIV/AIDS Rep. 2023; 20 (5): 286 – 295.
2. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2025. Vienna: United Nations; 2025.
3. Yang J, Giummarra MJ. Compulsory and voluntary drug treatment models in China: A need for improved evidence - based policy and practice to reduce the loaded burden of substance use disorders. Int J Drug Policy. 2021; 92: 103063.
4. ณัฐกฤตา ทุมวงศ์. การพัฒนารูปแบบการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ: พชอ. ในผู้ใช้ยาเสพติดประเทศไทย. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2567; 12 (4): 347 – 361.
5. ประพัทธ์ ธรรมวงศา. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2567; 6 (1): e268174.
6. นริศ คมจิตร. ผลการใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลหัวโทน อำเภอสุวรรณภูมิ. วารสาร อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9 (6): 355 – 365.
7. พูลศิลป์ แสงบุตร. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดภายใต้โครงการ CBTx ตำบลดินจี่ อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2568; 3 (2): 388 – 402.
8. Barbaglia G, Robles N, Hilarión P, Torres M, Gotsens M, Colell E, et al. Integrated health and social care evaluation framework for mental health and drug addiction care. Eur J Public Health. 2022; 32 (Suppl_3): ckac 130 - 115.

9. วุธิพงศ์ ภักดีกุล. วิธีการวิจัยในงานอนามัยชุมชน Research Methodology in Community Health. บริษัทจรัลสนิทวงศ์ การพิมพ์ จำกัด; 2566.
10. สุภา เพ็งปิด, คาร์ล เพลท์เซอร์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจาก สถานพยาบาลสองรูปแบบใน ประเทศไทย. วารสารนโยบาย การป้องกัน และการบำบัดสารเสพติด. 2564; 16 (1): 10.
11. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science.1977; 196 (4286): 129 – 136.
12. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการประเมินระบบสุขภาพอำเภอและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563.
13. Arnstein SR. A ladder of citizen participation. J Am Inst Plann. 1969; 35 (4): 216 – 224.
14. World Health Organization. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. Geneva: WHO Press; 2013.
15. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983; 51 (3): 390– 395.
16. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's working definition of recovery. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services; 2012.
17. กรมการแพทย์. แนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
18. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020 – 2025. Geneva: WHO Press; 2021.
19. Kumpfer KL, Alvarado R, Whiteside HO. Family-based interventions for substance use and misuse prevention. Sub Use Misuse. 2003; 38 (11 – 13): 1759 – 1787.
20. วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จใน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในเขตสุขภาพที่ 4. วารสารวิชาการป้องกันและควบคุมโรค (ววปค.). 2565; 10 (1): 45 - 58.
21. ปิยะพร ศักดิ์เกษม, สุรชัย ศรีสังข์งาม, มนัส ภูติสกุล. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการใน โรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564; 15 (3): 289 – 304.
22. McLellan AT. Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. Addiction. 2002; 97 (3): 249 – 252.
23. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
24. Torous J, Linardon J, Fuller-Tyszkiewicz M, et al. The efficacy of mHealth interventions for common mental health disorders and substance use disorders: an umbrella review of 46 meta - analyses. World Psychiatry. 2020 Oct; 19 (3): 323 - 343. doi: 10.1002/wps.20790.
25. อรัญญา วงศ์ดีวัตร, กชพรรณ ปรึกษา, ณัฐวัฒน์ วงศ์ดีวัตร. ประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชันในการติดตามผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพที่ 6. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565; 31 (4): 642 - 653.
26. อนิรุทธ์ ชัยสมบูรณ์พันธ์, สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์, พรพิมล มัฆนาโส. การพัฒนารูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชน มีส่วนร่วม ตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2568 [สืบค้นเมื่อ 11 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://backoffice.udpho.org/openaccess/index.php
27. กนกวรรณ บุญยะมาลิก, และคณะ. การพัฒนาระบบสารสนเทศบูรณาการเพื่อการติดตามและประเมินผลการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดในเขตสุขภาพที่ 7. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565; 31 (5): 824 - 835.
28. Gustafson DH, McTavish FM, Chih MY, Atwood AK, Johnson RA, Boyle MG, et al. A smartphone application to support recovery from alcoholism: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2014; 71 (5): 566 – 572.
29. Tofighi B, Grossman E, Buirkle EC, McNeely J, Gourevitch M, Lee JD. Mobile phone messaging for illicit drug and heavy alcohol use: A systematic review. Subst Abuse. 2019; 40 (2): 176 – 181.
30. Laudet AB, White WL. What are "social supports" anyway A qualitative and quantitative exploration of social support and its role in substance abuse recovery. Alcohol Treat Q. 2010; 28 (3): 243 - 266.
31. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977; 84 (2): 191 – 215.
32. Ostrom E. Governing the commons: the evolution of institutions for collective action. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
33. Putnam RD. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1993.
34. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.

การพัฒนารูปแบบเพื่อการบรรลุโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร จังหวัดอุดรธานี

The Development of a Model for Achieving Diamond-Level Smart Hospital in Udon Thani Province

(Received: March 21,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

สานิตย์ เหง้าพรหมมินทร์[1] พรพิมล มัฆนาโส[2]

Sanit Ngawprommin[1] Phornphimon Muckhanaso[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความสัมพันธ์ การพัฒนารูปแบบ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบเพื่อการบรรลุโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 – มีนาคม 2569 บูรณาการกรอบวงจรคุณภาพ PDCA (Plan – Do – Check – Act) 2 รอบ แบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ คือ 1) การศึกษาสถานการณ์ 2) การพัฒนาและออกแบบรูปแบบ 3) การทดลองใช้ และ 4) การติดตามและประเมินผล รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 จำนวน 55 คน และระยะที่ 3 จำนวน 117 คน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลด้วยแนวคำถามการระดมความคิดเห็น และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ t - test McNemar test และ Cohen’s d สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.7 ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ (ร้อยละ 29.1) รองลงมาคือตำแหน่งพยาบาล (ร้อยละ 23.1) บุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชรอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 81.8) แต่ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และประสบการณ์การทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะ ($p > 0.05$) ผลการพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร ได้รูปแบบใหม่เรียกว่า "UDON Model" ประกอบด้วย U – Understand (ทำความเข้าใจบริบทและค้นหาปัจจัยสู่ความสำเร็จ) D – Develop & Design (พัฒนารูปแบบและออกแบบแผนปฏิบัติการ) O – Operate & Optimize (นำรูปแบบไปปฏิบัติและเพิ่มประสิทธิภาพ) และ N – Nurture & Normalize (ประเมินผลและผลักดันสู่ความยั่งยืน) ประสิทธิผลของรูปแบบส่งผลให้โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับเพชรเพิ่มขึ้นจาก 6 แห่ง (ร้อยละ 28.6) เป็น 15 แห่ง (ร้อยละ 71.4) โดยเพิ่มขึ้น 9 แห่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) ทั้งนี้ คะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.02$, $p < 0.01$, Cohen’s $d = 1.39$ ระดับมาก) ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินโดยคณะกรรมการระดับจังหวัด ($t = 5.58$, $p < 0.01$, Cohen’s $d = 1.22$ ระดับมาก) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบมีความสำคัญทั้งเชิงสถิติและเชิงปฏิบัติ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ/ โรงพยาบาลอัจฉริยะ/ อุดรโมเดล

Abstract

This Research and Development aimed to investigate the situational context, interrelationships, model development process, and effectiveness evaluation of a model for achieving Diamond-level Smart Hospital certification in Udon Thani Province during October 2025 to March 2026. The study employed two cycles of the Plan–Do–Check–Act (PDCA) quality improvement framework and was divided into four phases: (1) situation analysis (2) model development and design (3) model implementation and (4) monitoring and outcome evaluation. Quantitative data were collected by questionnaires with reliability coefficient of 0.89. The samples consisted of 55 participants in Phase 1 and 117 participants in Phase 3. Qualitative data were collected by brainstorming guidelines, and focus group discussion guidelines. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, T-test, McNemar test and Cohen’s d effect size. Qualitative data were analyzed by content analysis.

The findings revealed that the majority of participants were male (52.7%), with the largest occupational group being computer technical officers (29.1%), followed by nurses (23.1%). Personnel held a high level of opinion regarding Diamond-level Smart Hospital operations, at 81.8 percent. However, factors including sex, age, educational level, position, and work experience showed no statistically significant association with Smart Hospital operations ($p > 0.05$). The developed Diamond-Level Smart Hospital model, newly named the "UDON Model," consists of: U – Understand (understanding the context and identifying success factors), D – Develop & Design (developing the model and designing an action plan), O – Operate & Optimize (implementing the model and enhancing

[1] ส.ม. (การบริหารงานสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

[2] วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

efficiency), and N – Nurture & Normalize (evaluating outcomes and sustaining progress). The effectiveness of the model resulted in a statistically significant increase in the number of hospitals achieving Diamond-level criteria, rising from 6 hospitals (28.6%) to 15 hospitals (71.4%), an increase of 9 hospitals ($p = 0.004$). Additionally, the mean self-assessment scores after the intervention increased significantly ($t = 15.02$, $p < 0.01$, Cohen's $d = 1.39$, Large Effect), confirming practical significance beyond statistical significance. These findings were consistent with those of the independent provincial evaluation committee ($t = 5.58$, $p < 0.01$, Cohen's $d = 1.22$, Large Effect), demonstrating convergent validity between two independent assessment sources.

Keywords: Model Development/ Smart Hospital / UDON Model

บทนำ

ในยุคที่เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อทุกภาคส่วน ระบบสุขภาพทั่วโลกกำลังเผชิญกับแรงกดดันอย่างต่อเนื่องในการยกระดับคุณภาพบริการและประสิทธิภาพการบริหารจัดการ แนวคิดโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) จึงได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางในฐานะทิศทางสำคัญของการพัฒนาระบบสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 โรงพยาบาลอัจฉริยะเป็นสถานพยาบาลที่บูรณาการเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบอัตโนมัติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยและการบริหารองค์กร[1] นอกจากนี้ปัญญาประดิษฐ์และ IoT ในการบริหารโรงพยาบาลยุคใหม่ มีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพอย่างพลิกโฉม หลักการสำคัญดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาโรงพยาบาลสู่ความเป็นอัจฉริยะไม่ใช่เพียงทางเลือก แต่เป็นความจำเป็นเร่งด่วนของระบบสุขภาพในยุคปัจจุบัน[2]

สถานการณ์ปัญหาในระดับโลกและระดับภูมิภาคแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลทั่วโลกยังคงล้าหลังในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้อย่างเต็มรูปแบบ แม้ว่าการพัฒนา IoT เพื่อระบบสุขภาพจะก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว แต่ยังคงมีความท้าทายด้านการบูรณาการระบบและการรักษาความปลอดภัยข้อมูลอยู่มาก[3] ในบริบทของเอเชีย การให้บริการโรงพยาบาลอัจฉริยะในสภาพแวดล้อมจริงยังอยู่ในระยะเริ่มต้น และมีความแตกต่างกันมากระหว่างสถานพยาบาลแต่ละแห่ง[4] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจาก Smart Hospital Dashboard ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจากโรงพยาบาลทั้งหมด 902 แห่งทั่วประเทศที่ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการระดับจังหวัด มีเพียง 235 แห่ง (ร้อยละ 26.1) เท่านั้นที่ผ่านเกณฑ์ระดับเพชร ขณะที่ระดับเงินมีสัดส่วนสูงสุดถึง ร้อยละ 65.1 และยังมีโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์อีกร้อยละ 3.3 สำหรับในเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน พบว่ามีโรงพยาบาล 88 แห่งที่ผ่านการอนุมัติ โดยผ่านระดับเพชร 30 แห่ง (ร้อยละ 34.1) ระดับทอง 2 แห่ง (ร้อยละ 2.3) และระดับเงินอีก 56 แห่ง (ร้อยละ 63.6) สะท้อนให้เห็นช่องว่างด้านคุณภาพที่ยังต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในจังหวัดอุดรธานีที่เป็นพื้นที่การวิจัยนี้ ซึ่งก่อนการพัฒนามีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับเพชรเพียง 6 แห่ง จากทั้งหมด 21 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28.6 เท่านั้น[5]

สาเหตุสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานีและพื้นที่ใกล้เคียงไม่สามารถบรรลุเกณฑ์ระดับเพชรได้นั้นมีหลายมิติ โดยได้ศึกษาการนำนโยบาย Smart Hospital ของกระทรวงสาธารณสุขไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดอุดรธานีโดยเฉพาะ พบว่ามีอุปสรรคสำคัญทั้งในด้านความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล ขีดความสามารถของบุคลากร และการขาดรูปแบบที่ชัดเจนในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ[6] นอกจากนี้เทคโนโลยีดิจิทัลส่งผลต่อบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ และการขาดการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบทำให้เกิดความต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลง[7] ในด้านระบบสารสนเทศพบว่าการเปลี่ยนผ่านจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาลแบบเดิมสู่ระบบปฏิบัติการอัจฉริยะต้องการการวางแผนเชิงกลยุทธ์ที่ครอบคลุม[8] อีกทั้งการนำ AI มาใช้ในระบบสุขภาพยังต้องเผชิญกับปัญหาเชิงจริยธรรมและกฎระเบียบที่ซับซ้อน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเชิงระบบที่ขัดขวางความก้าวหน้าสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชรในบริบทของประเทศไทย[9]

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว นักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานทั่วโลกได้เสนอแนวทางการแทรกแซงที่หลากหลาย การใช้ Building Information Modeling

(BIM) ร่วมกับหลักการ MCDM เพื่อการบริหารโรงพยาบาลอัจฉริยะ[10] การนำ Technology Acceptance Model มาประยุกต์ใช้เพื่อสำรวจทัศนคติของผู้ป่วยต่อบริการโรงพยาบาลอัจฉริยะ ในบริบทของประเทศไทย การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกตามแนวทาง Smart Hospital ที่โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบผลลัพธ์ที่ดีในด้านประสิทธิภาพการให้บริการ[11] เช่นเดียวกับการที่พัฒนารูปแบบบริการศูนย์รับผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ได้รับผลลัพธ์เชิงบวกด้านคุณภาพบริการ[12] นอกจากนี้ยังมีแนวทางการใช้ Interpretive Structural Model เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทรัพยากรในโรงพยาบาลอัจฉริยะ[13] ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่เป็นกุญแจสำคัญสู่ความสำเร็จ

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีงานวิจัยเกี่ยวกับโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) จำนวนมาก แต่ยังขาดรูปแบบที่ครอบคลุมและเป็นระบบสำหรับการขับเคลื่อนโรงพยาบาลในระดับจังหวัดให้บรรลุเกณฑ์ระดับเพชรตามบริบทของระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางทรัพยากรและขีดความสามารถของบุคลากร โดยยังมีช่องว่างความรู้ด้านการบริหารโรงพยาบาลอัจฉริยะที่ต้องการการศึกษาเพิ่มเติมในเชิงปฏิบัติการ และการวัดประสิทธิผลของโรงพยาบาลอัจฉริยะยังต้องการกรอบแนวคิดที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทจังหวัดอุดรธานี เพื่อเติมเต็มช่องว่างความรู้ดังกล่าว และสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบรรลุโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบในการบรรลุโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร จังหวัดอุดรธานี

สมมติฐานในการวิจัย

1. ปัจจัยด้านลักษณะบุคคล เพศ ระดับการศึกษาตำแหน่ง อายุ ประสบการณ์การทำงาน มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนการประเมินและกระบวนการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร
2. หลังการพัฒนาทำให้คะแนนเฉลี่ยในการประเมินตนเองในการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชรเพิ่มมากขึ้น
3. หลังการพัฒนาทำให้อัตราการผ่านโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชรเพิ่มมากขึ้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R & D) บูรณาการกรอบวงจรคุณภาพ PDCA (Plan – Do – Check – Act) 2 รอบ โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะ ระยะที่ 2 การพัฒนาและออกแบบรูปแบบ ระยะที่ 3 การทดลองใช้ และระยะที่ 4 การติดตามและประเมินผล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินงานในโรงพยาบาลภาครัฐที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 21 แห่ง ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาสถานการณ์ในระยะที่ 1 ดำเนินการในโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับเพชรแล้ว จำนวน 6 แห่ง ประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะ จำนวน 67 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากร[14] กำหนดสัดส่วนการผ่านเกณฑ์ระดับเพชรร้อยละ 75.2[15] ได้ขนาดตัวอย่าง 55 คน สุ่มตัวอย่างโดยการเทียบสัดส่วนตามขนาดประชากรของแต่ละโรงพยาบาล

การทดลองใช้รูปแบบในโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ระดับเพชร จำนวน 15 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะ จำนวน 117 คน โดยใช้สูตรการคำนวณ

ตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร[15] คำนวณจากสูตร ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}P(1-P)}{e^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2}P(1-P)}$$

และสุ่มตัวอย่างโดยการเทียบสัดส่วนตามขนาดประชากรของแต่ละโรงพยาบาล ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะ มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) เป็นบุคลากรที่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือลาป่วยระยะยาว และผู้ที่ถอนความยินยอมระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงปริมาณที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1 แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ และตอนที่ 2 การประเมินผลความคิดเห็นต่อกระบวนการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชรตามรูปแบบ “UDON Model” จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้าน Understand ด้าน Develop & Design ด้าน Operate & Optimize ด้าน Nurture & Normalize และด้านผลลัพธ์และประโยชน์ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

ชุดที่ 2 แบบประเมินตนเองเพื่อประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะสำหรับเก็บข้อมูลในระยะที่ 2 อิงตามคู่มือการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะประจำปีงบประมาณ 2568 ของสำนักสุขภาพดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้างพื้นฐาน ด้านบริหารจัดการ ด้านการให้บริการ และด้านบุคลากร โดยแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเงิน (600 คะแนนขึ้นไป) ระดับทอง (700 คะแนนขึ้นไป) และระดับเพชร (800 คะแนนขึ้นไป) พร้อมผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัย ไซเบอร์ระดับสูง[16]

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวคำถามสำหรับการระดมความคิดเห็นและการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อเก็บข้อมูลอย่างครอบคลุมเชิงประจักษ์ที่ลุ่มลึกเกี่ยวกับบริบทพื้นที่ สถานการณ์ปัญหา และแนวทางการพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลอัจฉริยะ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร ถ้ากรณีที่ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรแจงนับด้วยสถิติ Chi – Square และกรณีตัวแปรต้นเป็นตัวแปรต่อเนื่อง ด้วยสถิติ Pearson Correlation Coefficient ในการเปรียบเทียบอัตราการผ่านโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร ด้วยสถิติ McNemar test วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในการประเมินตนเองการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร ด้วยสถิติ Paired t – test และคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect Size) ด้วยค่า Cohen's d สำหรับการเปรียบเทียบก่อน-หลัง โดยผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการใช้สถิติด้วย Kolmogorov-Smirnov (K-S test) พบว่า มีการแจกแจงปกติ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 269 ลงวันที่ 8 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.7 อายุระหว่าง 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.5 ($\bar{X}$ = 40.42, S.D. = 8.96) ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 78.2 ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์/เจ้าพนักงานเครื่องคอมพิวเตอร์ คิดเป็นร้อยละ 29.1 มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่ง 11 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50.9 ($\bar{X}$ = 11.58, S.D. = 7.95)

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.1 อายุระหว่าง 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.7 ($\bar{X}$ = 40.43, S.D. = 7.05) ระดับการศึกษาปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 88.9 ตำแหน่งพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 23.1 มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่ง 11 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 64.1 ($\bar{X}$ = 15.57, S.D. = 8.23)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบรรลุโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร จังหวัดอุดรธานี ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินและกระบวนการพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร (UDON Model) ในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81.8 มีระดับการรับรู้ปัจจัยดังกล่าวอยู่ในระดับมาก (คะแนน 120 – 150) ค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 134.18 คะแนน (S.D. = 13.89) คะแนนสูงสุด 150 คะแนน คะแนนต่ำสุด 107 คะแนน และไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่อยู่ในระดับน้อย ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับเพชรมีความเข้าใจและการรับรู้เชิงระบบต่อปัจจัยสำคัญในการพัฒนาสู่ความเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชรอยู่ในเกณฑ์สูง อย่างไรก็ตาม ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ค่อนข้างสูง (S.D. = 13.89) ชี้ให้เห็นถึงความหลากหลายในระดับการพัฒนาระหว่างโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลบางแห่งมีระดับการพัฒนาสูงมาก ขณะที่บางแห่งยังมีช่องว่างที่ต้องปรับปรุงในบางมิติ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร พบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และประสบการณ์การทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะ ดังตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร (n=55)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p - value	แปลผล
อายุ	- 0.16	0.26	ไม่มีความสัมพันธ์
ประสบการณ์การทำงาน	- 0.24	0.08	ไม่มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร (n=55)

ตัวแปร	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับมากจำนวน (ร้อยละ)	รวมจำนวน (ร้อยละ)	ไคว์สแคร์	p - value
เพศ					
ชาย	5 (17.2)	24 (82.8)	29 (100.0)	0.04	0.85
หญิง	5 (19.2)	21 (80.8)	26 (100.0)		
ระดับการศึกษา					
อนุปริญญา	0	4 (100.0)	4 (100.0)	1.28	0.53
ปริญญาตรี	9 (20.9)	34 (79.1)	43 (100.0)		
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (12.5)	7 (87.5)	8 (100.0)		
ตำแหน่ง					
ผู้บริหาร	1 (10.0)	9 (90.0)	10 (100.0)	0.97	0.62
ผู้ปฏิบัติงาน	5 (17.2)	24 (82.8)	29 (100.0)		
IT	4 (25.0)	12 (75.0)	16 (100.0)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร ผลจากการศึกษาด้วยกระบวนการระดมความคิดเห็นและสนทนากลุ่ม ประกอบกับการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ประมวลผลและสังเคราะห์ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากกระบวนการลุ่มเบื้องต้น ทำให้เกิดรูปแบบใหม่ในการบรรลุโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร จังหวัดอุดรธานี เรียกว่า "UDON Model" ที่รังสรรค์และสะท้อนกระบวนการปฏิบัติงานให้บรรลุความสำเร็จได้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: U – Understand (การสร้างความเข้าใจบริบทและค้นหาปัจจัยสู่ความสำเร็จ) เป็นขั้นตอนที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของโรงพยาบาลอย่างรอบด้าน การระบุช่องว่างหรือ Gap ที่มีอยู่ และการค้นหาปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการผ่านมาตรฐานโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร

ขั้นตอนที่ 2: D – Develop & Design (การพัฒนารูปแบบและออกแบบแผนปฏิบัติการอย่างพลวัตร) เป็นขั้นตอนที่นำเอาข้อมูลและองค์ความรู้ที่ได้จากขั้นตอนแรกมาสังเคราะห์และรังสรรค์สร้างพัฒนาเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ครอบคลุมการจัดทำวิสัยทัศน์และพันธกิจ การกำหนดกลยุทธ์ การจัดสรรงบประมาณ การพัฒนาแผนปฏิบัติการที่ครอบคลุมทุกมิติ สอดคล้องกับบริบทพื้นที่/องค์กร ผนวกกับการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการพัฒนาบุคลากร

ขั้นตอนที่ 3: O – Operate & Optimize (การนำรูปแบบไปปฏิบัติและเพิ่มประสิทธิภาพ) เป็นขั้นตอนที่นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลเป้าหมายจริง โดยเฉพาะการมุ่งเน้นการแก้ไขประเด็นที่เป็นปัญหาพร้อมทั้งติดตามผลและปรับปรุงระหว่างการดำเนินงาน ครอบคลุมการนำแผนไปสู่การปฏิบัติจริงทุกระดับ การใช้เทคโนโลยี IoT และ AI/Big Data การพัฒนาทักษะบุคลากร การติดตามผลแบบ real-time และการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4: N – Nurture & Normalize (การประเมินผลและผลักดันสู่ความยั่งยืน) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่มุ่งเน้นการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นทางการ และการสร้างกลไกที่ส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องและความยั่งยืนในการดำเนินงาน ครอบคลุมการประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ การนำผลการประเมินรอบที่ 1 มาปรับปรุงพัฒนา รอบที่ 2 จนเกิดการส่งเสริมให้บุคลากรเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง การสร้างแรงจูงใจ การพัฒนาวัฒนธรรมองค์กร และการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร "UDON Model"

4. ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชรด้วย UDON Model ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาพบว่า คะแนนประเมินตนเองเพื่อประเมินโรงพยาบาล

อัจฉริยะ ก่อนการพัฒนา ($\bar{x}$= 689.98, S.D. = 79.11) และหลังการพัฒนา ($\bar{x}$= 835.07, S.D. = 58.71) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 15.02, p - value < 0.01) โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างชัดเจน สำหรับการพิจารณารายด้าน พบว่า แต่ละด้านมีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างชัดเจน จึงสรุปได้ว่า การพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะโดยรวมส่งผลให้คะแนนประเมินตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาขนาดผลกระทบ (Effect Size) พบว่า ค่า Cohen's d ในภาพรวมเท่ากับ 1.39 ซึ่งแสดงว่าการพัฒนาดังกล่าวส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของคะแนนประเมินตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางปฏิบัติในระดับมาก (Large Effect Size) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนประเมินตนเองเพื่อประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ก่อนและหลังการพัฒนาโดยรวมทุกด้าน (n=117)

ตัวแปร (เกณฑ์การประเมิน)	ก่อน		หลัง		MD	95%CI	t	p	Cohen's	แปลผล
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.						
ด้านโครงสร้าง	241.56	31.62	284.40	12.00	42.85	36.13-49.56	12.64	<0.01*	1.17	มาก
ด้านบริหารจัดการ	212.26	33.97	246.68	27.15	34.42	25.82-43.02	7.93	<0.01*	0.73	ปานกลาง
ด้านการให้บริการ	186.97	31.43	224.50	18.72	37.52	30.46-44.59	10.52	<0.01*	0.97	มาก
ด้านบุคลากร	49.19	23.09	79.49	15.68	30.29	25.61-34.99	12.79	<0.01*	1.18	มาก
ภาพรวม	689.98	79.11	835.07	58.71	145.09	125.95-164.22	15.02	<0.01*	1.39	มาก

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์คะแนนประเมินตนเองเพื่อประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง พบว่า ก่อนการพัฒนา ($\bar{x}$= 743.43, S.D. = 97.59) และหลังการพัฒนา ($\bar{x}$= 842.48, S.D. = 47.74) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 5.58, p - value < 0.01) โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างชัดเจน สำหรับการพิจารณารายด้าน พบว่า แต่ละด้านมีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างชัดเจน จึงสรุปได้ว่า การพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะโดยรวมส่งผลให้คะแนนประเมินตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาขนาดผลกระทบ (Effect Size) พบว่า ค่า Cohen's d ในภาพรวมเท่ากับ 1.22 ซึ่งแสดงว่าการพัฒนารูปแบบดังกล่าวส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของคะแนนประเมินจากคณะกรรมการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Large Effect Size) สอดคล้องกับผลการประเมินตนเอง ดังตาราง 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนประเมินจากคณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัดอุดรธานี แต่ละโรงพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา โดยรวมทุกด้าน (n=21 โรงพยาบาล)

ตัวแปร (เกณฑ์การประเมิน)	ก่อน		หลัง		MD	95%CI	t	p - valua
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
1. ด้านโครงสร้าง	260.48	25.85	280.10	10.94	19.62	9.86-29.38	4.19	<0.01*
2. ด้านบริหารจัดการ	227.10	39.85	254.24	21.37	27.14	14.75-39.53	4.57	<0.01*
3. ด้านการให้บริการ	203.95	41.12	242.43	20.68	38.48	21.45-55.50	4.71	<0.01*
4. ด้านบุคลากร	51.90	20.64	65.71	19.25	13.81	5.36-22.26	3.41	<0.01*
ภาพรวม	743.43	97.59	842.48	47.74	99.05	62.04-136.05	5.58	<0.01*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผลการติดตามและประเมินผลการบรรลุโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร ผลการวิเคราะห์อัตราการผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร พบว่า โรงพยาบาล ที่ผ่านเกณฑ์ระดับเพชรเพิ่มขึ้นจาก

6 แห่ง (ร้อยละ 28.6) ในปีงบประมาณ 2568 เป็น 15 แห่ง (ร้อยละ 71.4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.004) ในปีงบประมาณ 2569 จากโรงพยาบาลทั้งหมด 21 แห่ง ในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอัตราการผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชรก่อนและหลังใช้รูปแบบ การพัฒนาแบบ “UDON Model”

ก่อนใช้รูปแบบ	หลังใช้รูปแบบ			McNemar’s Exact Test	p
	การผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่าน	ผ่าน		
	ไม่ผ่าน	6 (40.0)	9 (60.0)	Exact	0.004*
	ผ่าน	0 (0.0)	6 (100)		
รวม		6 (28.6)	15 (71.4)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเพชร ผลการวิจัยพบว่า ผู้วิจัยสามารถพัฒนารูปแบบที่มีประสิทธิภาพภายใต้ชื่อ "UDON Model" ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลักที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ได้แก่ U – Understand การทำความเข้าใจบริบทและค้นหาปัจจัยสู่ความสำเร็จ, D – Develop & Design การพัฒนารูปแบบและออกแบบแผนปฏิบัติการ, O – Operate & Optimize การนำรูปแบบไปปฏิบัติและเพิ่มประสิทธิภาพ และ N – Nurture & Normalize การประเมินผลและผลักดันสู่ความยั่งยืน โดยรูปแบบดังกล่าวได้รับการยอมรับจากกลุ่มตัวอย่างในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 81.8 ($\bar{x}$ = 134.18, S.D. = 13.89) ผลการพัฒนารูปแบบนี้สอดคล้องกับทฤษฎีระบบของ Bertalanffy[17] ที่เน้นการมองระบบอย่างเป็นองค์รวมและเห็นความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบต่าง ๆ ของระบบ โดยรูปแบบ “UDON Model” ได้สะท้อนแนวคิดนี้ผ่านการออกแบบที่ครอบคลุมทุกมิติของการพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และการป้อนกลับ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับวงจร PDCA ของ Deming[18] ที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การที่ขั้นตอน Develop & Design ได้รับความสำคัญสูงสุด (ร้อยละ 90.9) สะท้อนให้เห็นว่าการมีวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ที่ชัดเจนเป็นรากฐานสำคัญของความสำเร็จโดยเฉพาะด้านการบริการสุขภาพ[19] สอดคล้องกับการศึกษาของภาฝัน จิตต์มิตรภาพ และคณะ[20] ที่พบว่าภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายและทิศทาง ซึ่งเทียบได้กับการที่ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องจัดทำวิสัยทัศน์และพันธกิจที่ชัดเจน ความสำเร็จของการพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะในจังหวัดอุดรธานีจึงเป็นผลมาจากการที่ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญและผลักดันนโยบายอย่างจริงจัง ดังที่ปรากฏจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ให้สัมภาษณ์ระบุว่า "ความมุ่งมั่นของผู้บริหารที่ต้องให้เป็นนโยบายหลัก" เป็นปัจจัยชี้ขาดของความสำเร็จ

การที่ประเด็นด้านการประเมินความพร้อมด้านดิจิทัลและทรัพยากรอย่างเป็นระบบ ได้รับความสำคัญสูงสุดในขั้นตอน Understand ($\bar{x}$ = 4.69, S.D.=0.47) สอดคล้องกับการศึกษาของคูมาร์ (Kumar) และคณะ[21] ที่ระบุว่าโครงสร้างพื้นฐานที่แข็งแกร่งเป็นรากฐานสำคัญของ Smart Hospital ความสำคัญของโครงสร้างพื้นฐานนี้สะท้อนให้เห็นว่าก่อนที่จะพัฒนาระบบที่ซับซ้อน จำเป็นต้องมีรากฐานที่มั่นคงก่อน ดังที่ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่า "การดำเนินการเป็นขั้นตอนอย่างเป็นระบบโดยเริ่มจากระบบพื้นฐานก่อนแล้วค่อยเพิ่มระบบสนับสนุนและระบบขั้นสูง" เป็นแนวทางที่นำไปสู่ความสำเร็จ

ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนา ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบ “UDON Model”

มีประสิทธิผลสูงในการพัฒนาโรงพยาบาลสู่มาตรฐานอัจฉริยะระดับเพชร โดยคะแนนประเมินตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 689.98 คะแนนเป็น 835.07 คะแนน ($t = 15.02$, $p < 0.01$) คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 21.03 ภายในระยะเวลา 4 - 5 เดือน ความสำเร็จนี้สามารถอธิบายได้จากหลายมิติ ประการแรก การที่รูปแบบมีการดำเนินงานเป็นขั้นตอนที่ชัดเจนและเป็นระบบทำให้โรงพยาบาลสามารถติดตามและประเมินความก้าวหน้าได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับแนวคิดของวูลล์ และทอเรสเซน[1] ที่ระบุว่าการพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะควรเป็นไปอย่างเป็นขั้นตอนโดยเริ่มจากระบบพื้นฐานก่อนแล้วค่อยพัฒนาไปสู่ระบบที่ซับซ้อนขึ้น

การที่ด้านบุคลากรมีอัตราการพัฒนาสูงสุด (ร้อยละ 61.60) เป็นผลการค้นพบที่สำคัญและสอดคล้องกับการศึกษาของ ทู (Tu) และคณะ[22] ที่พบว่าการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรไม่ได้เกิดจากปัจจัยด้านเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากความกังวลต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้นและความรู้สึกไม่มั่นคงในทักษะดิจิทัลของตนเอง การที่รูปแบบ “UDON Model” ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรผ่านการฝึกอบรม การสร้างความเข้าใจ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จึงเป็นกลยุทธ์ที่ถูกต้องและส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ชัดเจน ความสำเร็จในด้านนี้สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาเทคโนโลยีต้องควบคู่ไปกับการพัฒนาคน หากบุคลากรไม่พร้อม เทคโนโลยีที่ทันสมัยแค่ไหนก็ไม่สามารถสร้างคุณค่าได้

อย่างไรก็ตาม การที่บางระบบยังไม่เห็นผลการพัฒนาที่ชัดเจน เช่น ระบบนัดหมายออนไลน์, OPD Paperless, Financial Management, Health ID และ Enterprise Resource Planning สอดคล้องกับการศึกษาของอัสการอฟ (Asgarov) และคณะ[23] ที่พบว่าการบูรณาการระบบดั้งเดิมเข้ากับสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลอัจฉริยะเป็นความท้าทายสำคัญ เนื่องจากข้อจำกัดทางเทคนิคของระบบซอฟต์แวร์เก่า การที่ระบบเหล่านี้ยังไม่มีการพัฒนาที่ชัดเจนภายในระยะเวลาของการวิจัยไม่ได้หมายความว่ารูปแบบ “UDON Model” ไม่มีประสิทธิผล แต่สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนและระยะเวลาที่จำเป็นในการพัฒนาระบบที่ต้องการการ บูรณาการสูง ซึ่งต้องการการสนับสนุนและความอดทนในระยะยาว

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญประกอบด้วยความมุ่งมั่นของผู้บริหาร การดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอน การพัฒนาบุคลากร การเรียนรู้จากโรงพยาบาลต้นแบบ และผลลัพธ์ที่วัดได้จริง ผลการค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจน์หทัย กองภา และสมิหรา จิตตลดากร[6] ที่พบว่ามีอุปสรรคด้านการยอมรับเทคโนโลยี การบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และงบประมาณที่จำกัด รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้พยายามตอบสนองต่อประเด็นเหล่านี้โดยตรงผ่านการเน้นการพัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มการยอมรับเทคโนโลยี การออกแบบระบบที่สามารถบูรณาการข้อมูลได้ และการวางแผนงบประมาณอย่างเป็นระบบ

ผลลัพธ์ของการพัฒนาโรงพยาบาลตามรูปแบบ “UDON Model” พบว่า ประสบความสำเร็จเกินกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างชัดเจน กล่าวคือ โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับเพชรเพิ่มขึ้นเป็น 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 71.4 ของโรงพยาบาลทั้งหมด โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) อย่างไรก็ตาม การสรุปความความสำเร็จนี้อย่างระมัดระวัง แม้ว่าจะมีโรงพยาบาลที่สามารถผ่านเกณฑ์ระดับเพชรมากถึง 15 แห่ง แต่ยังมีโรงพยาบาลอีก 1 แห่งที่อยู่ในระดับทอง และอีก 5 แห่งที่ยังคงอยู่ในระดับเงิน ซึ่งแสดงถึงความท้าทายที่แตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจน์หทัย กองภา และสมิหรา จิตตลดากร[6] ที่พบว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีความพร้อมด้านทรัพยากรมากกว่าแต่มีความซับซ้อนในการบริหารจัดการมากกว่า ขณะที่โรงพยาบาลขนาดเล็กมีความคล่องตัวมากกว่าแต่ขาดทรัพยากร ความแตกต่างของบริบทนี้ทำให้การพัฒนาต้องคำนึงถึงความเหมาะสมและความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาล

นอกจากนี้ ความสำเร็จที่เกิดขึ้นในระยะสั้นจำเป็นต้องมีการติดตามความยั่งยืนในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของควอน (Kwon) และคณะ[4] ที่เน้นว่าการรักษามาตรฐานโรงพยาบาลอัจฉริยะต้อง

อาศัยกลไกการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง การที่โรงพยาบาลทั้ง 6 แห่งที่เคยผ่านเกณฑ์ระดับเพชรในปี 2568 สามารถรักษามาตรฐานได้อย่างต่อเนื่องในปี 2569 เป็นสัญญาณที่ดีว่าการพัฒนามีความยั่งยืน แต่จำเป็นต้องติดตามในระยะยาวว่าโรงพยาบาลที่เพิ่งผ่านเกณฑ์ใหม่จะสามารถรักษามาตรฐานได้หรือไม่ โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร การเปลี่ยนแปลงนโยบาย หรือการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินงาน

สรุปได้ว่า รูปแบบ “UDON Model” เป็นกรอบการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลสูงในการพัฒนาโรงพยาบาลภาครัฐสู่มาตรฐานอัจฉริยะระดับเพชร โดยความสำเร็จมิได้เกิดจากการนำเทคโนโลยีมาใช้เพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องอาศัยการบูรณาการอย่างเป็นระบบระหว่างโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล กระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาบุคลากร และการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม ผลการวิจัยยืนยันถึงความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปขยายผลในบริบทของโรงพยาบาลภาครัฐระดับจังหวัดทั่วประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความท้าทายที่ต้องให้ความสนใจ ได้แก่ ความแตกต่างของบริบทระหว่างโรงพยาบาล ความซับซ้อนของระบบที่ต้องการเวลาพัฒนายาวนาน และความยั่งยืนในระยะยาวที่ต้องการการติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สำหรับโรงพยาบาลที่กำลังพัฒนาสู่โรงพยาบาลอัจฉริยะ

1) ควรเริ่มต้นด้วยการประเมินตนเองอย่างจริงจัง โดยใช้กรอบ UDON Model เป็นแนวทาง โดยเฉพาะในขั้นตอนที่ 1 (Understand) ต้องใช้เวลาในการประเมินความพร้อมด้านดิจิทัลและทรัพยากรอย่างเป็นระบบ ระบุจุดแข็ง จุดอ่อน และปัจจัยที่จำเป็นต้องพัฒนาอย่างชัดเจน ไม่ควรรีบเร่งเข้าสู่การพัฒนาโดยไม่มีความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับสถานะปัจจุบัน

2) ควรดำเนินการเป็นขั้นตอนอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากระบบพื้นฐานก่อนแล้วค่อยเพิ่มระบบสนับสนุนและระบบขั้นสูง ไม่ควรพยายามพัฒนาทุกอย่างพร้อมกัน ตัวอย่างเช่น ควรเริ่มจากการมี Data Center ที่ได้มาตรฐาน ระบบสำรองข้อมูลที่มั่นคง และระบบเครือข่ายที่เสถียร ก่อนจะไปสู่การพัฒนาระบบที่ซับซ้อนขึ้น เช่น AI หรือ Big Data Analytics

3) ควรเตรียมความพร้อมสำหรับการประเมินอย่างจริงจัง โดยเริ่มเตรียมตัวตั้งแต่ 3 - 6 เดือนก่อนการประเมินจริง ทบทวนเกณฑ์อย่างละเอียด ทำการประเมินตนเองอีกครั้ง ปรับปรุงจุดที่ยังขาด จัดเตรียมเอกสารประกอบทั้งหมด และซ้อมการนำเสนอ

สำหรับหน่วยงานระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ

1) ควรสนับสนุนการสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างโรงพยาบาลในพื้นที่ โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างสม่ำเสมอ และส่งเสริมให้โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินระดับเพชรแล้วทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับโรงพยาบาลที่กำลังพัฒนา กลไก Communities of Practice นี้มีประสิทธิภาพสูงและไม่ต้องใช้งบประมาณมาก

2) ควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างเป็นธรรม โดยคำนึงถึงขนาดและความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาล โรงพยาบาลขนาดเล็กหรือในพื้นที่ห่างไกลอาจต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม รวมทั้งควรส่งเสริมการแสวงหาแหล่งงบประมาณจากหลายช่องทาง เช่น การร่วมมือกับภาคเอกชน มหาวิทยาลัย หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3) ควรส่งเสริมการพัฒนาระบบกลางที่สามารถใช้ร่วมกันได้ เช่น ระบบ Health ID ระบบ Enterprise Resource Planning (ERP) หรือระบบ Financial Management ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในระดับเขตสุขภาพ ซึ่งจะช่วยลดภาระและค่าใช้จ่ายของแต่ละโรงพยาบาล รวมทั้งอำนวยความสะดวกในการบูรณาการข้อมูล

สำหรับกระทรวงสาธารณสุขและระดับนโยบาย

1) ควรพัฒนากลไกสนับสนุนด้านบุคลากร โดยอาจมีการจัดตั้งตำแหน่งงานใหม่ด้านสุขภาพดิจิทัล

หรือสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านนี้อยู่ทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐ เช่น การให้ทุนการศึกษาต่อ การสร้างเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพที่ชัดเจน หรือการจัดสรรเงินเดือนและสวัสดิการที่เหมาะสม

2) ควรพัฒนากรอบกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะด้านความมั่นคงปลอดภัย ไซเบอร์ การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล การแพทย์ทางไกล และการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการตัดสินใจทางการแพทย์ เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปอย่างปลอดภัยและมีจริยธรรม

3) ควรส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยสนับสนุนงบประมาณและสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย และภาคเอกชน เพื่อพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย รวมทั้งการศึกษาผลกระทบระยะยาวของการเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะต่อคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาผลกระทบระยะยาว ของการเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Design) หรือการศึกษาเชิงยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามผู้ป่วยในระยะเวลาที่นานขึ้น และวัดผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ เช่น อัตราตาย อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในระยะยาว เป็นต้น

2) ควรศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ของการลงทุนในโรงพยาบาลอัจฉริยะอย่างละเอียด โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis) หรือการวิเคราะห์ต้นทุน-ประโยชน์ (Cost-Benefit Analysis) เพื่อให้ผู้บริหารสามารถตัดสินใจลงทุนได้อย่างมีข้อมูลรองรับ

3) ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบ UDON Model กับรูปแบบการพัฒนาอื่น ๆ หรือกับการพัฒนาแบบปกติ (Controlled Study) เพื่อยืนยันว่ารูปแบบนี้มีประสิทธิผลที่ดีกว่าจริงหรือไม่ และองค์ประกอบใดของรูปแบบนี้ที่มีผลต่อความสำเร็จมากที่สุด นอกจากนี้ควรศึกษาเปรียบเทียบกับประเทศอื่น โดยเฉพาะประเทศที่มีบริบทคล้ายคลึงกับประเทศไทย เพื่อเรียนรู้แนวทางปฏิบัติที่ดีและข้อควรระวังจากประสบการณ์ของผู้อื่น รวมทั้งสร้างโอกาสในการแลกเปลี่ยนความรู้และความร่วมมือระหว่างประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร.วุธิพงศ์ ภักดีกุล และรองศาสตราจารย์ ดร.วรินท์มาศ เกษทองมา ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ รวมถึงขอขอบคุณบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Woll A, Tørresen J. What is a smart hospital A review of the literature. Human-Automation Interaction: Manufacturing, Services and User Experience. 2022; 145 – 165.
2. Davenport T, Kalakota R. The potential for artificial intelligence in healthcare. Future Healthcare Journal. 2019; 6(2) : 94 – 98.
3. Baker SB, Xiang W, Atkinson I. Internet of Things for smart healthcare: Technologies, challenges, and opportunities. IEEE Access. 2017; 5: 26521 – 26544.
4. Kwon H, An S, Lee HY, Cha WC, Kim S, Cho M, et al. Review of smart hospital services in real healthcare environments. Healthcare Informatics Research. 2022; 28(1): 3 – 15.
5. กระทรวงสาธารณสุข. Smart Hospital Dashboard [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [สืบค้นเมื่อ วันที่ 5 ตุลาคม 2568]. เข้าถึงจาก: https://bdh-service.moph.go.th/smarthosp-quest/

6. กาญจน์หทัย กองภา และสมิหรา จิตตลดากร. การนำนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขไปปฏิบัติ: กรณีศึกษา SMART HOSPITAL ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2564; 6(3): 152 – 164.
7. Mesko B, Drobni Z, Benyei E, Gergely B, Gyorffy Z. The impact of digital health technologies on healthcare professionals: A systematic review. NPJ Digital Medicine. 2023; 6(1): 57.
8. Wang, Y.-J., Wang, F.-Y., Wang, G., Wang, X., Wang, Y.-L., & Li, R. Parallel hospitals: From hospital information system (HIS) to hospital smart operating system (HSOS). Acta Automatica Sinica. 2021; 47(11): 2585 – 2599.
9. Morley J, Machado CCV, Burr C, Cowls J, Joshi I, Taddeo M, et al. The ethics of AI in health care: A mapping review. The Lancet Digital Health. 2020; 2(7): e336–73.
10. Lin CL, Chen JK, Ho HH. BIM for smart hospital management during COVID-19 using MCDM. Sustainability. 2021; 13(11): 6181.
11. ยุพิน รินทราช, ดาววดี ลีลาวัฒนานนท์กุล, ศรายุทธ นวะศรี. การพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกตามแนวทาง Smart Hospital โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9(1): 707 – 717.
12. วาสนา วีระกิจ. การพัฒนารูปแบบบริการศูนย์รับผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตด้วยระบบ Smart Hospital. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขวชิระภูเก็ต. 2567; 4(1): 111 – 124.
13. Chen JK, Ho HH. Asset resource optimization solution for smart hospital facilities and energy management through an interpretive structural model. Buildings. 2023; 13(12): 3064.
14.วุธิพงศ์ ภักดีกุล. วิธีการวิจัยในงานอนามัยชุมชน. กรุงเทพฯ: บริษัทจรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด; 2566.
15. วิจักษ์ กาญจนอุทัย [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักสุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [สืบค้นเมื่อ 7 กันยายน 2568]. เข้าถึงจาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/06/5.7-Smart-Hospital-V3.pdf
16. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. เกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ ปี 2568 เขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 [อินเตอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8; 2568 [สืบค้นเมื่อ 7 กันยายน 2568]. เข้าถึงจาก: https://www.r8way.moph.go.th.
17. Bertalanffy, L. von. General system theory: Foundations, development, applications. George Braziller; 1968.
18. Deming, W. E. Out of the crisis. MIT Center for Advanced Engineering Study; 1986.
19. วรินท์มาศ เกษทองมา. การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด; 2569.
20. ภาฝัน จิตต์มิตรภาพ, ฤเดช เกิดวิชัย, พรกุล สุขสด และดวงกมล จันทรรัตน์มณี. ปัจจัยขับเคลื่อนความสำเร็จในการ พัฒนาเมืองอัจฉริยะจังหวัดภูเก็ต. วารสารปัญญาภิวัฒน์. 2565; 14(1): 188 - 202.
21. Kumar, A., Singh, S., & Dwivedi, Y. K. Smart healthcare: A systematic literature review. Journal of Biomedical Informatics. 2021; 114: 103629.
22. Tu, M., et al. Resistance to change in hospital information system implementation: An empirical study. International Journal of Information Management. 2022; 63: 102438.
23. Asgarov, T., Abaszadeh, F., Ismibayli, R., & Sulaymon, A. M. Integrating artificial intelligence with legacy systems: A systematic analysis of challenges and strategic considerations. European Journal of Computer Science and Information Technology. 2025; 13(32): 38–45.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่พหุวัฒนธรรม อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

HEALTH LITERACY AND PREVENTIVE BEHAVIORS FOR PM2.5 AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS IN A MULTICULTURAL AREA OF MUEANG MAE HONG SON DISTRICT, MAE HONG SON PROVINCE.

(Received: March 12,2026 ; Revised: March 14,2026 ; Accepted: March 16,2026)

อินทิรา ปุณเวช[1] ศิวาพร มหาทำนุโชค[2]
Intira Punawet[1] Siwaporn Mahathamnuchock[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่พหุวัฒนธรรม อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4–6 จำนวน 302 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และทัศนคติต่อการอยู่ร่วมกันในสังคมพหุวัฒนธรรมในระดับมาก (ร้อยละ 54.3) ขณะที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.9 และ 59.6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ โรงเรียนที่ศึกษา ความเชื่อต่อปัญหาฝุ่น PM2.5 แหล่งข้อมูลสุขภาพ และความถี่ในการรับข้อมูลฝุ่นละออง ผลการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 ได้อย่างมีนัยสำคัญ ($R^2 = 0.166$, $p < .001$) โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกัน, ฝุ่น PM2.5, พหุวัฒนธรรม, แม่ฮ่องสอน

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to examine the level of health literacy and preventive behaviors regarding the health impacts of PM2.5 exposure and to identify factors associated with preventive behaviors among upper secondary school students in a multicultural area of Mueang Mae Hong Son District, Mae Hong Son Province. The sample consisted of 302 students in grades 10–12 selected using stratified random sampling. Data were collected using a structured questionnaire validated for content validity and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and multiple regression analysis.

The results showed that most participants had a high level of perception and attitudes toward living in a multicultural society (54.3%). However, health literacy and PM2.5 preventive behaviors were at a moderate level (59.9% and 59.6%, respectively). Factors significantly associated with preventive behaviors included school attended, beliefs regarding PM2.5 pollution, sources of health information, and frequency of receiving information about particulate matter. Multiple regression analysis indicated that health literacy significantly predicted PM2.5 preventive behaviors ($R^2 = 0.166$, $p < .001$), particularly in terms of access to health information and the ability to use health information for decision-making.

Keyword : Health Literacy, Preventive Behaviors, PM2.5, Multicultural Society, Mae Hong Son

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

บทนำ

ปัญหามลพิษทางอากาศจากฝุ่นละออง ขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) เป็นประเด็นสาธารณสุขสำคัญในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย โดยจังหวัดแม่ฮ่องสอนเผชิญสถานการณ์หมอกควันและค่าฝุ่นเกินมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งข้อมูลจังหวัดระบุว่าในช่วงวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 พฤษภาคม 2567 มีจำนวนวันที่ค่าฝุ่น PM2.5 เกินค่ามาตรฐานสะสมถึง 46 วัน[1] ฝุ่น PM2.5 สามารถแทรกซึมเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจและกระแสเลือด ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าการได้รับ PM2.5 ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจและหลอดเลือด[2] สอดคล้องกับข้อมูลสุขภาพในจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ในจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา โดยเพิ่มจาก 1,527 ราย ในปี พ.ศ. 2565 เป็น 2,288 ราย ในปี พ.ศ. 2567 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 49.8[3] ทั้งนี้ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับมลพิษทางอากาศและการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กในระยะยาว โดยเฉพาะฝุ่น PM2.5 ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจและเพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคในประชากรที่มีความเปราะบาง[2]

กลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายถือเป็นกลุ่มประชากรที่เปราะบางและมีความเสี่ยงสูง เนื่องด้วยพฤติกรรมวัยรุ่นที่นิยมทำกิจกรรมกลางแจ้งและการเดินทางไปโรงเรียน ทำให้มีโอกาสสัมผัสฝุ่น PM2.5 มากกว่ากลุ่มอื่น อีกทั้งระบบทางเดินหายใจของวัยรุ่นยังมีความไวต่อมลพิษสูง[4] อย่างไรก็ตาม ความโดดเด่นของพื้นที่อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน คือการเป็นสังคมพหุวัฒนธรรมที่มีความหลากหลายของกลุ่มชาติพันธุ์สูงถึง จำนวน 13 ชาติพันธุ์ ได้แก่ คนเมือง (โยน), ไทใหญ่ (ไต), ปกาเกอญอ (กระเหรี่ยงขาว), โปว์ (โผล่ง), กะแย (กระเหรี่ยงแดง) , กะยัน (กระเหรี่ยงคอยาว), กะยอ (กระเหรี่ยงหูใหญ่), ละว้า (ลั้วะ), ลาหู่ (มูเซอ), ลีซู (ลีซอ), ม้ง (แม้ว), ปะโอ (ตองซู่), และ จีนยูนนาน (จีนฮ่อ)[5] ซึ่งแต่ละกลุ่มมีภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน ความหลากหลายดังกล่าวทำให้เกิดบริบททางสังคมที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมอย่างต่อเนื่อง และอาจมีผลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ รวมถึงการตัดสินใจปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้ แนวคิดเกี่ยวกับ การปรับตัวทางวัฒนธรรม (Acculturation) ของ John W. Berry ชี้ให้เห็นว่า เมื่อกลุ่มประชากรที่มีพื้นฐานทางวัฒนธรรมแตกต่างกันต้องดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมเดียวกัน กระบวนการปรับตัวและแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรมย่อมเกิดขึ้น ซึ่งอาจส่งผลต่อทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคลในสังคมพหุวัฒนธรรมได้[6]

การศึกษาครั้งนี้เป็นการบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามกรอบของ Nutbeam[7] และกรมอนามัย[8] ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[9] และทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)[10] เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยและกระบวนการตัดสินใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันฝุ่น PM2.5 ของนักเรียน ภายใต้บริบทสังคมพหุวัฒนธรรมซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้ข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล โดยกรอบแนวคิดการวิจัยมุ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยพหุวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 ผลการศึกษาจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ในกลุ่มเยาวชนบนพื้นที่สูงได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่พหุวัฒนธรรม อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM 2.5 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่พหุวัฒนธรรม อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 และพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่พหุวัฒนธรรม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อสำรวจระดับความรอบรู้และพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่พหุวัฒนธรรม อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4–6 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาในพื้นที่อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน ประจำปีการศึกษา 2567 ซึ่งมีทั้งหมด 3 โรงเรียน รวมจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 1,375 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เป็นตัวแทนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่พหุวัฒนธรรม โดยคำนวณจากประชากรทั้งหมดจำนวน 1,375 คน ด้วยการใช้สูตรของ Krejcie & Morgan[11] ณ ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมรวมทั้งสิ้น 302 คน จากนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมสัดส่วนของประชากรในแต่ละบริบทสถานศึกษา ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นโดยจำแนกตามจำนวนนักเรียนของแต่ละโรงเรียน ซึ่งผลการคำนวณตามสัดส่วนทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงเรียน A จำนวน 194 คน โรงเรียน B จำนวน 54 คน และโรงเรียน C จำนวน 54 คน ตามลำดับ

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น โดยแบ่งชั้นตามโรงเรียนทั้งสามแห่งในพื้นที่อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จากนั้นแบ่งชั้นย่อยตามระดับชั้นเรียน (มัธยมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6) โดยใช้สัดส่วนจำนวนนักเรียนในแต่ละชั้นเทียบกับจำนวนนักเรียนทั้งหมดของโรงเรียน เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของแต่ละชั้นเรียนอย่างเหมาะสม หลังจากนั้นทำการสุ่มห้องเรียนภายในแต่ละระดับชั้น และทำการสุ่มตัวบุคคลภายในห้องเรียนที่เลือก โดยใช้วิธีจับสลากรายชื่อหรือใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มรายชื่อ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่คำนวณไว้ กระบวนการสุ่มหลายขั้นตอนมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนเชิงโครงสร้างของนักเรียนทั้งสามโรงเรียน ครอบคลุมทั้งเพศ ระดับชั้น และลักษณะทางสังคมในพื้นที่พหุวัฒนธรรม ทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือและสามารถอธิบายภาพรวมของประชากรเป้าหมายได้อย่างถูกต้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยอ้างอิงจากแนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของกรมอนามัย และแนวทางการป้องกันผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 ของ กรมควบคุมโรค[12] แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.80–1.00 และ ได้นำไปทดลองใช้กับ กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี และสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลในการ วิจัยได้ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ชาติพันธุ์ ลักษณะบ้านพักอาศัย และความเชื่อเกี่ยวกับฝุ่น PM2.5

ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ[8] เกณฑ์การแปลผลระดับความรอบรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) จำนวน 30 ข้อ โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1–5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 30–150 คะแนน และนำคะแนนรวมมาแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam[7] และแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับมาก (120–150 คะแนน) ระดับปานกลาง (90–119 คะแนน) และระดับน้อย (ต่ำกว่า 90 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้และทัศนคติต่อการอยู่ร่วมกันในสังคมพหุวัฒนธรรม จำนวน 10 ข้อ เพื่อประเมินระดับการยอมรับและความเข้าใจในความหลากหลายทางวัฒนธรรม ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามโดยอ้างอิงจากกรอบแนวคิดพหุวัฒนธรรม[13] ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1–5 คะแนน รวมคะแนนอยู่ระหว่าง 10–50 คะแนน เกณฑ์การแปลผลระดับการรับรู้และทัศนคติแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับมาก (40–50 คะแนน) ระดับปานกลาง (30–39 คะแนน) และระดับน้อย (ต่ำกว่า 30 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากคำแนะนำของกรมควบคุมโรค[12] ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ให้คะแนน 3 คะแนน ทำบางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่เคยทำ ให้คะแนน 1 คะแนน โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10–30 คะแนน เกณฑ์การ แปลผลระดับพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับมาก (25–30 คะแนน) ระดับปานกลาง (19–24 คะแนน) และระดับน้อย (ต่ำกว่า 19 คะแนน)

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายใต้การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เพื่อวัดระดับความรอบรู้และพฤติกรรม และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ภายใต้โครงการเลขที่ IRBCMRU 2025/508.09.10 ณ วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จำนวน 302 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.9 เพศชาย ร้อยละ 31.1 มีอายุเฉลี่ย 17.00 ปี ศึกษาอยู่ในโรงเรียนA มากที่สุด ร้อยละ 64.2 ด้านชาติพันธุ์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไทใหญ่ ร้อยละ 37.7 รองลงมาคือปกาเกอญอ ร้อยละ 24.2 และคนเมือง ร้อยละ 15.2 ในด้านการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับฝุ่น PM2.5 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) ร้อยละ 65.2 และมีความถี่ในการรับข้อมูลเดือนละ 1–2 ครั้ง ร้อยละ 41.4

2. ความรอบรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 59.9 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านการทำความเข้าใจข้อมูล (Understand) อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม (Change) และด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการบอกต่อ (Advocate)

3. การรับรู้และทัศนคติต่อการอยู่ร่วมกันในสังคมพหุวัฒนธรรม พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้และทัศนคติอยู่ในระดับ มาก ร้อยละ 54.3 โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การเคารพและยอมรับความแตกต่างทางวัฒนธรรม รองลงมาคือการตระหนักถึงความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ซึ่งสะท้อนถึงพื้นฐานทางสังคมที่เข้มแข็งในการยอมรับความหลากหลายในพื้นที่

4. พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 59.6 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ การงดการเผาขยะ (ร้อยละ 52.6) รองลงมาคือการไม่จุดธูปหรือสูบบุหรี่ (ร้อยละ 49.0) ขณะที่พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุดคือ การใช้เครื่องฟอกอากาศหรือแผ่นกรองอากาศในบ้าน

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5

5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ผลการวิเคราะห์พบว่า โรงเรียนที่ศึกษา (p-value = 0.010), ความเชื่อต่อปัญหาฝุ่น PM2.5 (p-value = 0.004), แหล่งข้อมูลที่ได้รับ (p-value = 0.025) และความถี่ในการรับข้อมูล (p-value = 0.023) มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมกับพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.408, $p < 0.001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 ได้ร้อยละ 16.6 ($R^2 = .166$) และแบบจำลองมีความเหมาะสมทางสถิติ ($F = 59.826$, $p < .001$)

5.3 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ เพื่อค้นหาปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) (β = 0.153, p = 0.041) และด้านการนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจ (Decide) (β = 0.224, p = 0.015) เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันได้ร้อยละ 19.7 ($R^2 = .197$) และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 12.066$, $p < .001$)

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 (n=302)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมฯ			χ^2	df	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
โรงเรียน				13.194	4	.010*
ห้องสอนศึกษา (n=194)	27 (13.9)	120 (61.9)	47 (24.2)			
เทศบาล (n=54)	12 (22.2)	24 (44.4)	18 (33.3)			
ราชประชานุเคราะห์ 59 (n=54)	13 (24.1)	36 (66.7)	5 (9.3)			
ความเชื่อต่อ PM2.5				11.016	2	.004*

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 (n=302)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมฯ			χ^2	df	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
เชื่อว่าเป็นปัญหา (n=221)	36 (16.3)	123 (55.7)	62 (28.1)			
ไม่เชื่อ/ไม่แน่ใจ (n=81)	16 (19.8)	57 (70.4)	8 (9.9)			
แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับฝุ่น PM2.5 ที่ได้รับ				11.146	4	.025*
สื่อมวลชน (n=156)	27 (17.3)	86 (55.1)	43 (27.6)			
ครู (n=125)	18 (14.4)	80 (64.0)	27 (21.6)			
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n=21)	7 (33.3)	14 (66.7)	0 (0.0)			
ความถี่ในการรับข้อมูลเกี่ยวกับฝุ่น PM2.5				14.688	6	.023*
ทุกวัน (n=45)	8 (17.8)	29 (64.4)	8 (17.8)			
สัปดาห์ละ 2–3 ครั้ง (n=111)	19 (17.1)	57 (51.4)	35 (31.5)			
เดือนละ 1–2 ครั้ง (n=125)	18 (14.4)	80 (64.0)	27 (21.6)			
แทบไม่เคยได้รับ (n=21)	7 (33.3)	14 (66.7)	0 (0.0)			

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น (n=302)

ตัวแปรต้น	B	S.E.	β	t	p
Constant	12.614	1.247	-	10.114	.000
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	0.802	0.390	0.153	2.056	.041*
ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	0.209	0.375	0.042	0.557	.578
การประเมินข้อมูลสุขภาพ	-0.073	0.407	-0.014	-0.180	.857
การนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจ	**1.088**	0.444	**0.224**	2.452	.015*
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	0.829	0.495	0.157	1.673	.095
การบอกต่อข้อมูลสุขภาพ	-0.380	0.377	-0.078	-1.008	.314
$R = .444$ $R^2 = .197$ Adjusted $R^2 = .181$ Std. Error of the Estimate = 3.547 F = 12.066					

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.9) สะท้อนว่านักเรียนสามารถเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาฝุ่นละอองได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่ถึงระดับที่สามารถนำความรู้ไปใช้จัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าด้านการทำความเข้าใจข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ขณะที่ด้านการบอกต่อข้อมูลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด แสดงว่านักเรียนสามารถรับรู้และเข้าใจข้อมูลได้ดี แต่ยังมีข้อจำกัดในการถ่ายทอดหรือสื่อสารข้อมูลสุขภาพไปยังผู้อื่น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สรวิชญ์ สิทธิยศ และคณะ ที่พบว่าเยาวชนในพื้นที่ภาคเหนือมีระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง[14] และสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam ที่อธิบายว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเกิดเป็นลำดับจากการ

เข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูล ไปสู่การนำไปใช้และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น[7]

2. ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ของนักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.6) สะท้อนว่ากลุ่มนักเรียนมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันผลกระทบจากฝุ่นละอองบางประการ เช่น การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ก่อให้เกิดควันหรือการงดการเผาขยะ แต่ยังมีพฤติกรรมบางด้านที่ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ เช่น การใช้เครื่อง ฟอกอากาศหรืออุปกรณ์ป้องกันฝุ่นภายในบ้าน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ตรีรยา ศาลางาม และคณะ ที่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 ของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน[15] ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบริบททางเศรษฐกิจของครัวเรือน ซึ่งโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและนักเรียนที่ยังไม่มีรายได้เป็นของตนเอง การเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันฝุ่น เช่น เครื่องฟอกอากาศ หรือหน้ากากที่มีประสิทธิภาพสูง อาจมีข้อจำกัดด้านต้นทุน

3. ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมีระดับการรับรู้และทัศนคติต่อการอยู่ร่วมกันในสังคมพหุวัฒนธรรมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 54.3) สะท้อนบริบทของจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์และมีการอยู่ร่วมกันของกลุ่มวัฒนธรรมต่าง ๆ มาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม แม้ว่านักเรียนจะมีทัศนคติด้านพหุวัฒนธรรมในระดับสูง แต่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 ยังอยู่ในระดับปานกลาง จึงอาจสะท้อนว่าการยอมรับความหลากหลายทางวัฒนธรรมเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จำเป็นต้องมีการพัฒนาการสื่อสารสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

4. ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านโรงเรียนที่ศึกษา ความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาฝุ่น PM2.5 แหล่งข้อมูลและความถี่ในการรับข้อมูล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักเรียน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่อธิบายว่าการรับรู้ความเสี่ยงและข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค[9]

5. ผลการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ร้อยละ 16.6 และเมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและด้านการนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจเป็นปัจจัยพยากรณ์สำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura ที่อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเชื่อ และบริบททางสังคม โดยการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและความสามารถในการใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อประกอบการตัดสินใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ[10]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิเคราะห์ความถดถอยพบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับฝุ่น PM2.5 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่การรับรู้และทัศนคติต่อการอยู่ร่วมกันในสังคมพหุวัฒนธรรมไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 ได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกัน

ผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 ในกลุ่มเยาวชน โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การกำหนดนโยบายส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานศึกษา หน่วยงานด้านการศึกษาและหน่วยงานสาธารณสุขควรบูรณาการการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับมลพิษทางอากาศโดยเฉพาะฝุ่น PM2.5 เข้าไว้ในกระบวนการเรียนรู้ในโรงเรียน ทั้งในรูปแบบเนื้อหาในหลักสูตรและกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ เพื่อเสริมสร้างทักษะการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพและการตัดสินใจด้านสุขภาพของนักเรียน

2. การพัฒนาระบบการสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่เข้าถึงเยาวชน หน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนาระบบการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 และแนวทางการป้องกันสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยรุ่น โดยใช้สื่อดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลคุณภาพอากาศได้อย่างสะดวกและทันเวลา เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจและการปรับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5

3. การส่งเสริมบทบาทของโรงเรียนในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชน ควรส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยให้นักเรียนสามารถนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง เช่น การเรียนรู้การติดตามค่าฝุ่นละออง การเลือกใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นที่เหมาะสม และการปรับกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อลดความเสี่ยงจากการสัมผัสฝุ่น PM2.5

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายพื้นที่ศึกษาไปยังอำเภออื่นของจังหวัดแม่ฮ่องสอน หรือพื้นที่อื่นในภาคเหนือที่ประสบปัญหาฝุ่น PM2.5 เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 ในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน

2. ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 ในกลุ่มประชากรช่วงวัยอื่น เช่น นักเรียนระดับประถมศึกษา ผู้ปกครอง หรือประชาชนในชุมชน เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 ในแต่ละช่วงวัย

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทของบริบททางวัฒนธรรม ภาษา และวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีต่อการรับรู้ข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM2.5 เพื่อทำความเข้าใจมิติทางสังคมและวัฒนธรรมในพื้นที่พหุวัฒนธรรมได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์และบุคลากรหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน ที่ได้ให้การสนับสนุนทางวิชาการ ขอขอบพระคุณผู้บริหารสถานศึกษาและคณะครูของโรงเรียนมัธยมศึกษา ทั้ง 3 แห่ง ในพื้นที่อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดียิ่ง รวมทั้งขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ให้คำแนะนำ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และสนับสนุนการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่.(2567). ระบบเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพจากภาวะหมอกควัน: ติดตามสถานการณ์ฝุ่น PM2.5 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https://smogepinorth.ddc.moph.go.th/dashboard/pm25

2. World Health Organization.(2021). WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2025 November 22].
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2568 ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC): ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https://hdc.moph.go.th/msn/public/standard-subcatalog/67473ea582306d345ce1bb44b06ba2e9
4. American Lung Association.(2021). State of the air 2021 [Internet]. 2021 [cited 2025 November 22]. Available from: https://www.lung.org/getmedia/17c6cb6c-8a38-42a7-a3b0-6744011da370/sota-2021.pdf
5. สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดแม่ฮ่องสอน.(2564). กลุ่มชาติพันธุ์จังหวัดแม่ฮ่องสอน [อินเทอร์เน็ต]. แม่ฮ่องสอน: กระทรวงวัฒนธรรม; 2564 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://anyflip.com/igekm/feqa/basic
6. Berry JW.(2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. Int J Intercult Relat. 2005;29(6):697–712.
7. 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. 2000;15(3):259-267.
8. กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย.(2565). คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate School) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https://hp.anamai.moph.go.th/th/manuals-of-official/download/?did=209064&id=91024&reload=
9. Health and Vulnerable Populations Research Center.(2023). Health belief model [Internet]. 2023 [cited 2025 November 22]. Available from: https://hvresearch.org/wp-content/uploads/2023/04/Health-Belief-Model_FINAL_New-Template.pdf
10. Bandura A.(2023). Social cognitive theory: an agentic perspective on human nature. Hoboken: Wiley; 2023.
11. Krejcie RV, Morgan DW.(1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607-610.
12. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564). คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1188920211018040126.pdf
13. พระปลัดระพิน พุทฺธิสาโร, พระคมสัน เจริญวงค์, พระปลัดวีระศักดิ์ ธีรงฺกุโร, พิเชฐ ทั่งโต, ผดุง วรรณทอง, เอนก ใยอินทร์. (2567). พหุวัฒนธรรม: วิถีชีวิต ศิลปะ วัฒนธรรมและศาสนาในอาเซียน. พระนครศรีอยุธยา: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2567.
14. สรวิชญ์ สิทธิยศ, ปฏิพัทธ์ วงค์เรือง, ประจวบ แหลมหลัก.(2566). ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการป้องกัน PM2.5 ของเยาวชนพื้นที่สูงในช่วงเผาในที่โล่งในจังหวัดพะเยา ประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2566;9(1):9-20.
15. ตรีรยา ศาลางาม, ฐิตาภรณ์ เหลืองวิลัย, วัฒน์ชัย จรูญวรรธนะ, ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, เจษฎา คุณโน.(2567). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมต่อการป้องกันฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5): การศึกษาเชิงสำรวจเขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2567;8(2):81.

การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี

Development of a health literacy model for stroke prevention among type 2 diabetic patients with hypertension in primary care units, Pathum Thani Province.

(Received: March 21,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

ปิยะพร โชคเหรียญสุขชัย[1] สุรัตน์ อนันทสุข[2]
Piyaporn Chokreansukchai[1] Surat Ananthsuk[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี ดำเนินการ 5 ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง 50 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบบันทึกสภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง และผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ HL model ประกอบด้วยการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ บูรณาการหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการเรียนรู้จากประสบการณ์ หลังพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ภาวะเสี่ยง อาการเตือน และการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$, $p<.01$ และ $p<.01$) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ HbA1c ระดับน้ำตาลหลังงดอาหาร ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และ CVD risk ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และหน่วยบริการปฐมภูมิพัฒนาสู่องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับก้าวหน้าจากร้อยละ 28.0 เป็นร้อยละ 54.0

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

This participatory action research aimed to develop and evaluate the effectiveness of a health literacy model for stroke prevention among type 2 diabetes patients with hypertension in primary care units, Pathum Thani Province. The project was implemented in five steps**.** Sample size consisted of 50 patients with type 2 diabetes and hypertension. Data was collected using questionnaires and health status records. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics, while qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: Participants demonstrated a moderate level of health literacy for stroke prevention, and most patients lacked motivation to adopt health behavior changes. The developed intervention, the HL model, focused on strengthening primary care units as Health Literate Organizations integrated with lifestyle medicine principles and experiential learning. Following implementation, participants showed significant improvements in health literacy, health behaviors, and perceptions of stroke risk, warning signs, and risk assessment ($p<.05$, $p<.01$, and $p<.01$, respectively). Key clinical outcomes including HbA1c, fasting plasma glucose, blood pressure, body mass index, and cardiovascular disease (CVD) risk were significantly reduced ($p<.01$). In addition, primary care units progressed toward becoming health literate organizations at an advanced level, increasing from 28.0% to 54.0%.

Keywords: Health literacy, Stroke, Type 2 diabetic, primary care unit

---

[1] กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี
[2] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองส่งผลต่อระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน[1] เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ทั่วโลก และเป็นสาเหตุของอัมพฤกษ์อัมพาต ในแต่ละปีมีผู้ป่วยใหม่ทั่วโลกราว 10-15 ล้านคน โดย 6.5 ล้านคนเสียชีวิต และอีก 5 ล้านคนกลายเป็นคนพิการอย่างถาวร[2] ในปี 2567 ประเทศไทยพบผู้ป่วยสะสม 358,062 ราย และเสียชีวิต 39,086 ราย[3] ในปี 2560-2566 พบผู้ป่วยต่อแสนประชากร 479, 534, 588, 645, 691, 731, 775 ตามลำดับ อัตราตายต่อแสนประชากรในปี 2560-2563 เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับ 2 มักพบความชุกในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้นทุนรวมของการรักษาด้วยสายสวนหลอดเลือดสมองและการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำต่อผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 568,587 บาท และ 121,582 บาทตามลำดับ[4]

การป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การงดสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การลดอาหารเค็ม มัน รับประทานผักผลไม้ให้มากขึ้น ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จัดการความเครียด และควบคุมปัจจัยเสี่ยงหากป่วยเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง[2] ผู้ป่วยเบาหวานมักมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วยคือภาวะความดันโลหิตสูง[5] การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันจะสามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้[6-7] เป็นการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลให้ช่วยลดภาระในการดูแลของครอบครัว และลดรายจ่ายด้านการรักษาและฟื้นฟูทั้งของครอบครัวและประเทศชาติต่อไป

จากการทบทวนงานวิจัยที่มุ่งผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างเป็นระบบส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมลดลง[8] การวิเคราะห์อภิมานถึงการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและการแก้ไขพฤติกรรมส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสม และดัชนีมวลกายลดลง[9] การวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 16 ผลงานในหลายประเทศพบว่าการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เรียนรู้จากประสบการณ์เชื่อมโยงกับการดูแลตนเองส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสม และระดับความดันโลหิตลดลง[10] และการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสม และระดับความดันโลหิตลดลง[11,12,13]

จังหวัดปทุมธานี พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี 2563-2567 เท่ากับ 1,772, 1,912, 1,890, 1,997 และ 2,247 ราย ในปี 2565-2567 อัตราตายเท่ากับร้อยละ 14.13, 14.42 และ 13.21 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่ต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเป็นการทำงานแบบแยกส่วน พื้นที่ขาดความเชื่อมโยงหนุนเสริมระหว่างกัน การใช้ข้อมูลคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมีจุดมุ่งหมายเพื่อติดตามสถานการณ์มากกว่านำไปใช้สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ขณะที่ประชาชนใช้ชีวิตแบบเร่งรีบ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำลายสุขภาพ บริโภคอาหารรสหวานจัด มันจัด เค็มจัด และอาหารจานด่วน รวมทั้งพฤติกรรมสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้ผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[14]

งานวิจัยที่ผ่านมายังมิได้ออกแบบกรอบการแทรกแซงที่มุ่งป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบและเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วมดังกล่าว และยังมีข้อจำกัดด้านหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับบทบาทของ “องค์กรรอบรู้ด้าน

สุขภาพ” จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการแทรกแซงเชิงระบบบนฐานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ และประเมินผลลัพธ์อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค[6,7,15] แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์[16] และใช้องค์ความรู้เรื่ององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ[17] และหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต[18] เป็นแกนหลักเพื่อออกแบบระบบบริการในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน พัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 10,812 คน กลุ่มตัวอย่างใช้ตารางคำนวณของเครจซี่และมอร์แกน[19] ได้ขนาดตัวอย่าง 375 คน ผู้วิจัยเพิ่มอีกร้อยละ 7 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) 1) มีอายุระหว่าง 20-80 ปี 2) ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี 3) สามารถสื่อสารได้ตามปกติ และ 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ DM Remission 2) เป็นผู้ป่วยจิตเวช หรือมีปัญหาสุขภาพจิต 3) ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินและความจำ และ 4) ผู้ที่ย้ายออกนอกเขตจังหวัดปทุมธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี[6-7,15,17,20] ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยง อาการเตือน และการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นคำถามให้เลือกตอบว่าทราบกับไม่ทราบ จำนวน 30 ข้อ ตอบทราบได้ 1 คะแนน ตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนใช้เกณฑ์ดังนี้[21] คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (0–17 คะแนน) รับรู้ต่ำ คะแนนร้อยละ 60.00–79.99 (18–23 คะแนน) รับรู้ปานกลาง คะแนน ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (24–30 คะแนน) รับรู้มาก

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่าตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท จำนวน 28 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน[22] วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง[23] ใช้คะแนนสูงสุด (140) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (28) หารด้วย 3 แปลผลดังนี้ น้อย = 28.00–65.33 คะแนน, ปานกลาง = 65.34–102.66 คะแนน, มาก = 102.67–140.00 คะแนน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะคำถามให้

เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่าตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท จำนวน 38 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 23 ข้อ ข้อความเชิงลบ 15 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน (เชิงลบ = 5), น้อย = 2 คะแนน (เชิงลบ = 4), ปานกลาง = 3 คะแนน (เชิงลบ = 3), มาก = 4 คะแนน (เชิงลบ = 2), มากที่สุด = 5 คะแนน (เชิงลบ = 1)[22] วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง[23] ใช้คะแนนสูงสุด (190) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (38) หารด้วย 3 แปลผลดังนี้ น้อย = 38.00–88.66 คะแนน, ปานกลาง = 88.67–139.32 คะแนน, มาก = 139.33–190.00 คะแนน

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่าแบบสอบถามมีค่าความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์รายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยง อาการเตือน และการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ KR-20[24] ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .901 และวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค[25] ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .925 และ .908 ตามลำดับ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ขั้นที่ 2 ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1. วิเคราะห์ข้อมูลรายงาน และประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากผลการคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) และผลการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หน่วยที่ศึกษาคือเครือข่ายสุขภาพอำเภอจำนวน 7 เครือข่าย

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยวต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) และแบบประเมินผลการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอิ่มตัวของข้อมูล[26] จำนวน 49 คน ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหาร 7 คน 2) ทีมสุขภาพ 28 คนและ 3) ภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อสม. หมอประจำบ้าน และญาติผู้ป่วย กลุ่มละ 7 คน

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของประเด็นคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ 9 ท่าน และนำไปทดลองสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มละ 2 ราย และปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารรายงาน และ 2) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่าง โดยประสานและนัดหมายวันเวลาและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ใช้เวลารายละประมาณ 45 นาที และขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)[27]

ขั้นที่ 3 พัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ในขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 มาพิจารณาร่วมกับแนวคิดและทฤษฎี[6-7,15-17] เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยอาศัยแนวคิดการสร้างรูปแบบเชิงโครงสร้างตามแนวทางของ Keeves[28] แล้วนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 9 ท่านพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ จากนั้นจึงนำรูปแบบ

ไปใช้กับหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 7 เครือข่ายสุขภาพอำเภอในจังหวัดปทุมธานี

ขั้นที่ 4 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ดำเนินการตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 7 เครือข่ายสุขภาพอำเภอ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2569 รวมระยะเวลา 8 เดือน และทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ดังนี้ 1) สุ่มเลือกพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอตามหลักการสุ่มตัวอย่างเชิงความน่าจะเป็น[29] โดยกำหนดสัดส่วนพื้นที่ร้อยละ 25 จากทั้งหมด 7 เครือข่าย ได้เท่ากับ 2 เครือข่าย ด้วยวิธีการจับสลาก ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองปทุมธานี และเครือข่ายสุขภาพอำเภอลาดหลุมแก้ว 2) สุ่มเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ[29] จากเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองปทุมธานี จำนวน 19 แห่ง สุ่มได้ 5 แห่ง และเครือข่ายสุขภาพอำเภอลาดหลุมแก้ว จำนวน 11 แห่ง สุ่มได้ 3 แห่ง ด้วยวิธีการจับสลาก 3) สุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1.9.2 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน ผู้วิจัยเพิ่มอีก ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างและการสูญหายของข้อมูล จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 คน โดยการจับสลากจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบสอบถามตามขั้นตอนที่ 1 รูปแบบฯ ตามขั้นตอนที่ 3 และแบบบันทึกข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ประเมินภาวะสุขภาพและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือรวบรวมข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย (Clinical Data Collection) 2) รวบรวมข้อมูลจากเอกสารรายงาน และ 3) ประเมินการเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติ paired-samples t test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นที่ 5 ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

หน่วยที่ศึกษาคือเครือข่ายสุขภาพอำเภอทั้ง 7 เครือข่าย กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอิ่มตัวของข้อมูล[26] ได้จำนวน 49 คน ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหาร 7 คน 2) ทีมสุขภาพ 28 คน 3) อสม.หมอประจำบ้าน 7 คน และ 4) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ ตามขั้นตอนที่ 4 จำนวน 7 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยประสานและนัดหมายวันเวลาและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ใช้เวลารายละประมาณ 45 นาที และขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)[27]

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์จังหวัดปทุมธานี ตามใบรับรองเลขที่ PPHO-REC 2568/34 ลงวันที่ 17 มิถุนายน 2568

ผลการศึกษา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.5 (mean = 99.28, SD = 20.83) มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับพอใช้ ร้อยละ

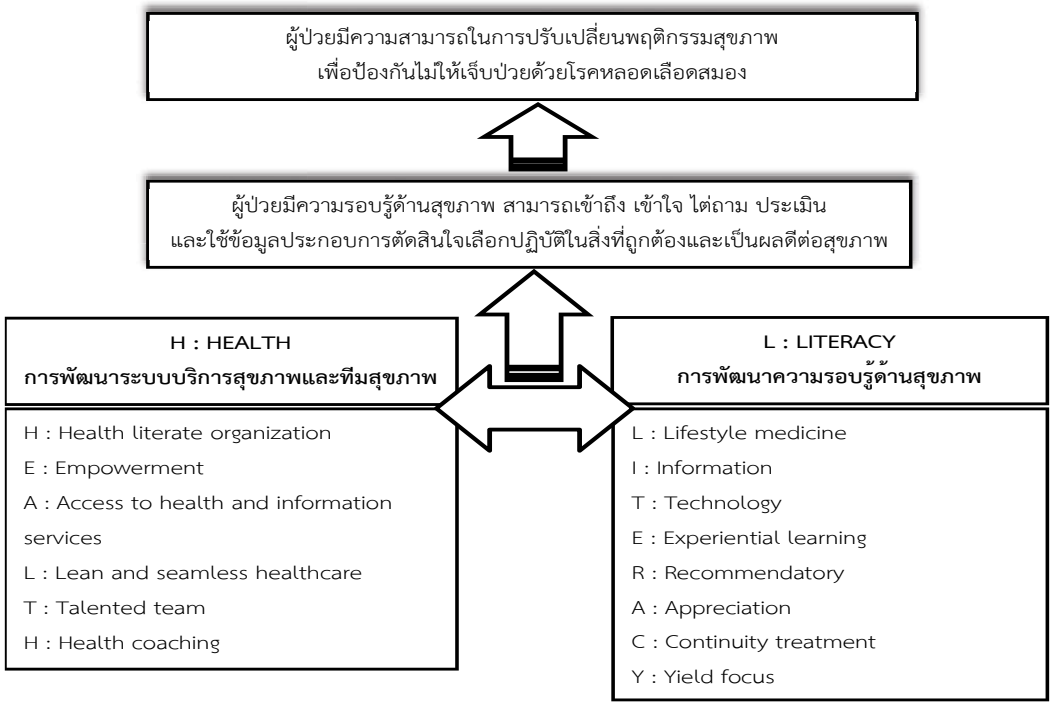
86.8 (mean = 128.28, SD = 10.49) และรับรู้ภาวะเสี่ยง อาการเตือน และประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.5 (mean = 20.04, SD = 3.20)

สภาพปัจจุบัน และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการดำเนินงานคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) ในปีงบประมาณ 2567 ในภาพรวมของจังหวัดพบว่าดำเนินการได้เพียงร้อยละ 59.20 สภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานมีดังนี้ ผู้บริหารให้ความสำคัญต่อการขับเคลื่อนนโยบายป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีการสร้างระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการและไร้รอยต่อโดยมุ่งเน้นลดอัตราป่วยและตาย เสริมสร้างบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิในฐานะ “ผู้เฝ้าประตู” และวางระบบส่งต่อไปยังสถานบริการในระดับสูงขึ้น และมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามนโยบายยังเน้นไปทางด้านการรักษามากกว่าการป้องกัน บุคลากรมีจำนวนจำกัดและมีภาระงานหลายด้าน ขาดนักโภชนาการและนักกำหนดอาหารที่จะช่วยสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขาดการติดตามเชิงรุกที่ต่อเนื่อง ขาดความเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการแบบ real-time ทำให้ติดตามผู้ป่วยขาดนัดได้ล่าช้า ไม่ได้ใช้ผลการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลสุขภาพที่สื่อสารให้ประชาชนยังเป็นภาษาทางการมากเกินไป ผู้ป่วยบางส่วนยังขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเนื่องจากไม่เห็นผลลัพธ์ในระยะสั้น ขาดกลไกการติดตามและขยายผลอย่างต่อเนื่อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และ อสม.ให้ความร่วมมือพอสมควร แต่ภาคเอกชนยังไม่ค่อยให้ความร่วมมือเท่าที่ควร

ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ HL model ซึ่ง H : HEALTH คือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและทีมสุขภาพ โดยเน้นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ พัฒนาศักยภาพทีม 3 หมอเพื่อการดูแลแบบใกล้บ้านใกล้ใจ และการเป็นโค้ชเพื่อสอนทักษะแก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ L : LITERACY คือการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้นการดูแลสุขภาพตาม 6 เสาหลักของหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพโดยใช้สื่อเทคโนโลยีดิจิทัล เน้นการเรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพจากประสบการณ์โดยส่งเสริมกิจกรรมในชมรมผู้ป่วยและกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าของตนเองผ่านการชื่นชมของทีมสุขภาพและครอบครัว สนับสนุนและติดตามให้เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมุ่งเน้นผลลัพธ์คือผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเบาหวานได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยรูปแบบฯ มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด (mean = 4.69, 4.40; SD = .32, .40) ดังมีรายละเอียดตามรูปภาพต่อไปนี้



รูปภาพที่ 1 แสดงรายละเอียดของ HL model

ประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 99.86 คะแนน (SD = 19.92) เป็น 109.28 คะแนน (SD = 15.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .027) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 128.54 คะแนน (SD = 11.38) เป็น 155.56 คะแนน (SD = 10.71) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p < .001) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเสี่ยง อาการเตือน และการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 20.24 คะแนน (SD = 2.06) เป็น 28.92 คะแนน (SD = 1.71) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p < .001) ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกปรากฏตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ (n = 50)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean	95%CI		t	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)	Diff.	Lower	Upper		
HbA1c (%)	8.08 (1.39)	6.87 (.76)	1.21	.90	1.52	7.97	< .001
FBS (mg/dL)	167.90 (45.96)	135.72 (24.68)	32.18	19.76	44.59	5.21	< .001
Systolic BP (mmHg)	153.96 (10.91)	139.22 (5.41)	14.74	11.36	18.11	8.76	< .001
Diastolic BP (mmHg)	96.18 (4.97)	88.86 (4.72)	7.32	5.75	8.88	9.38	< .001
LDL-C (mg/dL)	133.52 (34.97)	120.18 (29.37)	13.34	2.42	24.25	2.45	.018
BMI (kg/m^2)	26.67 (5.26)	25.32 (4.78)	1.35	.49	2.21	3.17	.003
CVD risk (%)	15.62 (10.00)	9.59 (6.66)	6.02	4.44	7.59	7.68	< .001

จากตารางที่ 1 พบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสม ระดับน้ำตาลหลังงดอาหาร ระดับความดันโลหิต ระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล และค่าดัชนีมวลกายได้ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับระดับความเสี่ยงของโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าจากความเสี่ยงระดับปานกลาง (10 - < 20%) ลดลงเป็นความเสี่ยงระดับต่ำ (< 10%) และสอดคล้องกับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค และการรับรู้ภาวะเสี่ยง อาการเตือน และการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น

2. ผลลัพธ์ในระดับผู้ให้บริการ ภายหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่าผู้ป่วย DM/HT ได้รับการติดตามเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.33 เป็นร้อยละ 63.53 และได้รับการคัดกรอง CVD risk เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.42 เป็นร้อยละ 80.10

3. ผลลัพธ์ในระดับองค์กร ภายหลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่าอัตราการขาดนัดลดลงจากร้อยละ 19.02 เป็นร้อยละ 18.18 อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ลดลงจาก 331.73 ต่อแสนประชากร เป็น 258.07 ต่อแสนประชากร อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองลดลงจากร้อยละ 13.21 เป็นร้อยละ 12.94 ผลการประเมินการเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่าพัฒนาอยู่ในระดับก้าวหน้าจากร้อยละ 28.0 เพิ่มเป็นร้อยละ 54.0 การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่เกิดขึ้น ได้แก่ มีการคัดกรอง CVD Risk ในกลุ่ม DM/HT อย่างเป็นระบบและใช้ CVD risk score ในการจัดกลุ่มผู้ป่วย มีการทบทวนการดูแลกลุ่มป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ส่งเสริมการใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการดูแลสุขภาพและสร้างความรอบรู้สัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก BE-FAST เพื่อให้เข้าถึงระบบ Stroke Fast Track ได้อย่างรวดเร็ว รณรงค์ลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ชุมชนสนับสนุนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและติดตามผู้ป่วยขาดนัด ใช้ระบบสื่อสารผ่าน Line กลุ่ม กำหนดตัวชี้วัดควบคุมความดันโลหิต และ HbA1c เป็น KPI ระดับจังหวัด และใช้ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงพร้อมวางแผนสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญเนื่องจากเป็นนโยบายระดับกระทรวง จึงได้กำหนดและถ่ายทอดนโยบายคนไทยห่างไกล NCDs ได้แก่ NCDs Prevention Clinic ศูนย์คนไทยห่างไกลโรค NCDs DM Remission Clinic เบาหวานสงบได้ด้วย Lifestyle medicine การพัฒนา NCDs Clinic Plus องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLC) NCDs ดีได้ด้วยกลไก อสม. HL Coach ครอบครัวรอบรู้ด้านสุขภาพ โรงเรียนเบาหวาน และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนต้นแบบ โดยพัฒนาทีมสุขภาพและ อสม.หมอประจำบ้านให้มีศักยภาพในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย มีการจัดสรรทรัพยากรอย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ มีระบบสนับสนุนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ มีโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง มีระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับ BE-FAST ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วย และมีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยและระบบการลงทะเบียนที่มีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้สนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและทีมสุขภาพโดยพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้เอื้อต่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเน้นการใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะ อสม.หมอประจำบ้าน มีระบบติดตามและประเมินผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ประเมินและใช้ข้อมูล

สุขภาพตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ ได้เรียนรู้จากประสบการณ์และเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ รับรู้ถึงคุณค่าของตนเองผ่านการชื่นชมของทีมสุขภาพและครอบครัว และเข้ารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามโอกาสพัฒนาที่สำคัญคือการจัดทำ Dashboard ที่แสดงข้อมูลสถานการณ์ของโรค NCDs และปัจจัยเสี่ยงเป็นแบบ real-time

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับพอใช้ และรับรู้ภาวะเสี่ยง อาการเตือน และการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคที่ไม่เพียงพอจึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam[15] ที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพกับระดับการศึกษาและการพัฒนาทักษะทางปัญญามีผลต่อการรับรู้และการจัดการสุขภาพ ซึ่งมีผลการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองที่ไม่ดี[30]

จากผลการดำเนินงานคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ผ่านมาอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ประกอบกับข้อค้นพบข้างต้น จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รับรู้ภาวะเสี่ยง อาการเตือน และประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก BE-FAST และสามารถเข้าสู่ระบบ Stroke Fast Track ได้อย่างรวดเร็ว[1-2]

รูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นมีหลักการที่สำคัญ 2 ประการคือ 1) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและทีมสุขภาพที่เน้นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ[17] มีการออกแบบระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ เสริมพลังอำนาจผู้ป่วยและส่งเสริมให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ พัฒนาศักยภาพทีม 3 หมอให้สามารถดูแลผู้ป่วยแบบใกล้บ้านใกล้ใจ และพัฒนาทีมสุขภาพและ อสม.หมอประจำบ้านให้เป็นโค้ชสอนทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วย และ 2) การพัฒนาความรอบรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาพโดยใช้ 6 เสาหลักตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต[18] ได้แก่ รับประทานอาหารโดยนับคาร์บอย่างจริงจัง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ จัดการความเครียด หลีกเลี่ยงอบายมุข นอนหลับพักผ่อนอย่างมีคุณภาพ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้าง ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลบูรณาการสร้างความรอบรู้ให้ผู้ป่วยเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพตัดสินใจเลือกใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อน[16] ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเองผ่านการชื่นชมจากทีมสุขภาพและครอบครัว ติดตามสนับสนุนให้เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยมุ่งผลลัพธ์คือให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเบาหวานได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ[6-8,15,17,20,30]

ผลการนำ HL model ไปใช้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น สามารถรับรู้ภาวะเสี่ยง อาการเตือน และประเมิน

โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและทีมสุขภาพโดยเน้นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ บูรณาการกับ 6 เสาหลักตามหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการเรียนรู้จากประสบการณ์ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพและโปรแกรมการศึกษาเชิงโครงสร้าง ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ และการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเชื่อมโยงกับการลดอุบัติการณ์และการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว[31] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่เน้นโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การเลิกพฤติกรรมเสี่ยง การนอนหลับพักผ่อนที่มีคุณภาพ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อคนรอบข้างช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การตระหนักในปัจจัยเสี่ยง และการจัดการตนเองให้สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้[18] และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเชื่อมโยงกับการตระหนักในปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดรวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง[16,32]

สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างเป็นระบบส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลสะสมลดลง[8] การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลสะสม และดัชนีมวลกายลดลง[9] การใช้รูปแบบดูแลสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกับการดูแลตนเองส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสม และระดับความดันโลหิตลดลง[10] การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสม และระดับความดันโลหิตลดลง[11-13] การใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองจนควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้[33] การใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้[34] และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยนโยบายสามหมอเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และดัชนีมวลกายลดลง[35]

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่เป็นหัวใจสำคัญมากที่สุดคือผู้บริหารให้ความสำคัญเนื่องจากเป็นนโยบายระดับกระทรวง จึงได้กำหนดและถ่ายทอดนโยบายคนไทยห่างไกล NCDs ปีงบประมาณ 2568 ซึ่งจังหวัดปทุมธานีพบปัญหาหลักจากภาระโรค NCDs และอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองที่ยังอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกับในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งเผชิญความท้าทายจากโครงสร้างประชากรสูงวัย ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังพบช่องว่างด้านการสื่อสารความเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับชุมชน แนวโน้มภาระโรค NCDs และโรคหลอดเลือดสมองที่ยังสูง สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงระบบทั้งในระดับหน่วยบริการ ชุมชน และครอบครัว เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวซึ่งต้องใช้มาตรการ

ที่ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นฐาน (HL-based intervention) ในการป้องกันเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง คัดกรองและควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพิ่มศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างบูรณาการ สื่อสารความเสี่ยงตามหลัก BE-FAST และพัฒนาระบบการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องโดยใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน[36]

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเน้นการเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ บูรณาการร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการเรียนรู้จากประสบการณ์ สามารถยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยได้อย่างมีประสิทธิผล และเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพบูรณาการร่วมกับการใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นกลไกเชิงระบบที่สำคัญต่อการเสริมพลังผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน ดังนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิควรนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยอย่างเป็นระบบ พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพให้มีสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากประสบการณ์ในชมรมผู้ป่วยหรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน พร้อมกับติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยในระยะยาว และควรทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบในพื้นที่และบริบทของการบริการที่หลากหลาย เพื่อยืนยันความคงทนของผลลัพธ์และสนับสนุนการขยายผลเชิงนโยบายในระดับเขตสุขภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านนายแพทย์นนท์ จินดาเวช นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี นายแพทย์จตุพงษ์ จันทร์ทอง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และอาจารย์ชยา เครื่องทิพย์ นักวิชาการอิสระที่สละเวลาให้คำปรึกษาการวิจัย ขอขอบคุณผู้บริหารเครือข่ายสุขภาพอำเภอที่ให้ข้อมูล เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง ทีมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอที่ทำหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ อสม. หมอประจำบ้าน และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ ทุกท่าน ประโยชน์และคุณค่าจากงานวิจัยนี้ขอมอบไว้เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค.(2567). กรมควบคุมโรครณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก ชวนประชาชนตั้งเป้าออกกำลังกายสม่ำเสมอ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อ [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 2 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47206&deptcode=brc&news_views=1671
2. โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์.(2567). โรคหลอดเลือดสมอง รู้เร็วหายไว ห่างไกลอัมพาต [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 2 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https:// www. siphhospital.com/th/news/article/share/stroke
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2568). อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=39fd60c25235db479930db85a0e97dd3&id=b184366d9fa112292f8374184b21e1a8
4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(2565). การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันด้วยสายสวนหลอดเลือดสมอง [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 5 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5789?locale-attribute=th

5. กรมควบคุมโรค.(2567). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2567 มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข แม้จะต้องอยู่ร่วมกับโรคเบาหวาน [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 5 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47609&deptcode=brc
6. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง.(2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน (ฉบับปรับปรุง) Health Literacy *processes *practice *evaluation tools. กรุงเทพฯ: ไอดี ออล ดิจิตอล พริ้นท์ จำกัด; 2567.
7. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค.(2564). คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท อาร์ เอ็น พีพี วอร์เทอร์ จำกัด; 2564.
8. Wang L, et al.(2019). Health literacy and exercise-focused interventions on clinical measurements in Chinese diabetes patients: a cluster randomized controlled trial. EClinicalMedicine. 2019;17:100211. doi:10.1016/ j.eclinm.2019.100211.
9. Affect of lifestyle interventions including nutrition education on diabetes outcomes: a systematic review and meta-analysis. J Diabetes Metab Disord. 2023;20(4):456-468. doi:10.1007/s40200-023-01234-9.
10. Zhang X, et al.(2022). The effect of integrated health care in patients with hypertension and diabetes: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2022;22:1234. doi:10.1186/s12913-022-07838-1.
11. สมจิตต์ สินธุชัย, นุสรา นามเดช, ประไพ กิตติบุญถวัลย์, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, กันยารัตน์ อุบลวรรณ และปัฐยาวัชร ปราฎผล.(2565). รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี. วารสารสภาการพยาบาล. 2565;37(1):58–74.
12. รัฏฐรินีย์ ธนเศรษฐ.(2567). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยของผู้สูงอายุตอนต้น. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี. 2567;2(2):58–77.
13. อติญาณ์ ศรเกษตริน, จินตนา ทองเพชร, อารยา ศรีวงศ์ษา.(2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูง ค่าน้ำตาลสะสม และระดับความดันโลหิต. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565;23(1):333–343.
14. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. (2568). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2568. [เอกสารอัดสำเนา]. ปทุมธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี; 2568.
15. Nutbeam D.(2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259-267. doi:10.1093/ heapro/15.3.259.
16. Kolb DA.(1984). Experiential learning: experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1984.
17. World Health Organization.(2024). Health literacy - World Health Organization. Fact sheet; 2024. [Internet]. 2024 [Accessed April 5, 2025]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/ detail/health-literacy
18. Rippe JM, editor.(2019). Lifestyle medicine. 3rd ed. Boca Raton (FL): CRC Press; 2019.
19. Krejcie RV, Morgan DW.(1970). Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30(3):607–10. doi: 10.1177/001316447003000308.
20. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2567). แนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนตามหลัก 3อ. 2 ส. และการป้องกันโรคอุบัติใหม่. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2567.
21. Bloom BS.(1976). Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill Book Company; 1976.
22. อัจศรา ประเสริฐสิน.(2563). เครื่องมือการวิจัยทางการศึกษาและสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
23. Best JW, Kahn JV.(1986). Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall; 1986.

24. บุญชัช เมฆแก้ว.(2562). รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาชุดช่วยวิเคราะห์ข้อมูลแบบเรียลไทม์หาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบ (KR-20). พังงา: วิทยาลัยชุมชนพังงา; 2562.
25. Cronbach LJ.(1977). Educational Psychology. New York: Harcourt Brace Jevanovich; 1977.
26. Creswell JW, Poth CN.(2018). Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. 4th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2018.
27. Crabtree BF, Miller WL.(1992). Doing qualitative research: multiple strategies. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1992.
28. Keeves JP.(1988). Educational research, methodology, and measurement: an international handbook. Oxford: Pergamon Press; 1988.
29. Cochran WG.(1977). Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
30. Maleki Chollou K, Ghaffari M, Rakhshanderou S, Hajiagha AP.(2020). The association of health literacy level with self-care behaviors and glycemic control in a low education population with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Metab Syndr Obes. 2020;13:1685-1693.
31. Azizi Sani Dopolani SF, Shahbazi H, Lotfizadeh M, Naderimagham S.(2025). The impact of educational intervention on enhancing the health literacy among middle-aged individuals at risk for cardiovascular diseases: a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2025;25(1):2291. doi:10.1186/s12889-025-23516-3.
32. Cheng YS, Lin CP, Chen LY, Hwang WR, Lin YC, Chen YC.(2024). Short-term effects of an eHealth care experiential learning program among patients with type 2 diabetes: randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2024;26:e53509.
33. กฤษภณ เทพอินทร์, เสน่ห์ ขุนแก้ว, กันตวิชญ์ จูเปรมปรี และพัชรินทร์ วงษ์สว่าง.(2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารพยาบาลทหารบก. 2567;25(2):131–139.
34. อักษร พรหมเมศร์.(2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลหลวงเหนือ อำเภองาว จังหวัดลำปาง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2568;10(1):651–659.
35. สถาพร มุ่งทวีพงษา.(2568). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยนโยบายสามหมอเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มเสี่ยง เครือข่ายปฐมภูมิจังหวัดยโสธร. ยโสธรเวชสาร. 2568;27(3):1–19
36. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2568). รายงานการประชุมผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 4/2568. [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 2 ก.พ. 69]. เข้าถึงจาก: https:// spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/04/2.-v2-Report_MPOH-3-68-2-4-68.pdf

แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1, 2 โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (CG) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียน อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

Development of Dementia Prevention Guidelines for Dependent Elderly (Groups 1 and 2) through Caregiver Engagement at Ban Chiang Hian Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang Maha Sarakham District, Maha Sarakham Province.

(Received: March 21,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

รัชนีย์ จันทำ[1]
Ratchanee Juntum[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experiment research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1 และ 2 2) พัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (Caregiver: CG) 3) ศึกษาผลของแนวทางการดูแลต่อสภาพสมองของผู้สูงอายุ และ 4) ศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลต่อแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1 และ 2 จำนวน 50 คน และผู้ดูแล (CG) จำนวน 34 คน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (TMSE) แบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที (Paired t-test)

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74) อายุระหว่าง 70–79 ปี (ร้อยละ 74) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 94) และมีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 90) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวและอาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 86) แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด 4 มิติ ได้แก่ การระลึกความหลังผ่านสื่อท้องถิ่น ดนตรีบำบัด กายบริหารสมอง และการจัดการอาหารและยา โดยให้ผู้ดูแลดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องที่บ้านเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการประเมินพบว่า คะแนนเฉลี่ยการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (TMSE) ของผู้สูงอายุหลังการทดลอง ($\bar{x}$ = 26.54, S.D.= 3.25) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}$ = 25.86,S.D. = 3.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลังการฝึกอบรม ($\bar{x}$ = 14.65, S.D. = 0.54) สูงกว่าก่อนการฝึกอบรม ($\bar{x}$ = 13.12, S.D. = 1.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมในระดับมากที่สุด และผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลในระดับมากถึงมากที่สุด

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ผู้ดูแล, การกระตุ้นการรู้คิด, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This quasi experiment research aimed to: (1) investigate the problems and needs related to dementia prevention among older adults with dependency levels 1 and 2; (2) develop a dementia prevention approach through caregiver (CG) participation; (3) examine the effects of the developed approach on cognitive status among older adults; and (4) assess the satisfaction of both older adults and caregivers with the implemented approach. The sample consisted of 50 dependent older adults and 34 caregivers from Ban Chiang Hian Health Promoting Hospital area. The research instruments included the developed dementia prevention guideline, the Thai Mental State Examination (TMSE), a caregiver knowledge questionnaire, and a satisfaction assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

Results showed that most older adults were female (74%), aged 70–79 years (74%), and had primary school education (94%). Approximately 90% had underlying diseases, mainly hypertension and diabetes mellitus. Most

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.บ้านเชียงเหียน อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

caregivers were daughters living in the same household as the older adults (86%). The developed dementia prevention approach consisted of four cognitive stimulation activities: reminiscence using local media, music therapy, brain exercise, and food and medication management, implemented by caregivers at home for 12 weeks.The findings revealed that the mean TMSE score of older adults after the intervention ($\bar{x}$ = 26.54, S.D. = 3.25) was significantly higher than before the intervention ($\bar{x}$ = 25.86, S.D. = 3.14) at the .05 level. In addition, caregivers' knowledge scores after the training ($\bar{x}$ = 14.65, S.D. = 0.54) were significantly higher than before the training ($\bar{x}$ = 13.12, S.D. = 1.45) at the .05 level. Furthermore, older adults reported the highest level of satisfaction with the activities, while caregivers reported high to very high satisfaction with the developed guideline.

Keywords: dementia prevention, dependent older adults, caregivers, cognitive stimulation, community participation

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการเสื่อมของสมองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความจำ การคิด การตัดสินใจ และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นทั่วโลกจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก[1] พบว่าในระดับโลกมีผู้ป่วยสมองเสื่อมรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 10 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นอุบัติการณ์เฉลี่ยประมาณ 9.9 รายต่อประชากร 1,000 คน-ปี โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไปผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็นปัญหาด้านสาธรณสุข ร้อยละ 90 ของภาวะสมองเสื่อม เกิดกับวัยสูงอายุ 60-65 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข[2] พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.10 โดยเป็นความชุกในเพศหญิงร้อยละ 9.20 เพศชาย ร้อยละ 6.80 ซึ่งความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ความชุกในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 4.8 ในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงร้อยละ 28.50 เพศชายร้อยละ 13.60 ในปี 2566 พบผู้สูงอายุ ของประเทศไทย มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 770,000 คน หรือร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งหมด และจะมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีเฉลี่ยปีละ 100,000 คน [3] ส่วนใหญ่เกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมองซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดเช่น โรคอัลไซเมอร์ โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีหลายสาเหตุ ได้แก่ กรรมพันธุ์ การเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือถูกกระทบกระเทือนที่ศรีษะ เป็นต้น ซึ่งมีความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม 2.80 เท่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก[4]คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 6 ของประชากรโลก ผลกระทบที่ตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้คืออุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งปัจจุบันมีผู้ป่วยมากกว่า 55 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 139 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593[5]

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย[6]ระบุว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ "สังคมสูงวัยระดับสมบูรณ์" (Aged Society) เรียบร้อยแล้ว ภาวะสมองเสื่อมจึงกลายเป็นความท้าทายสำคัญของระบบสาธารณสุขโดยพบความชุกของโรคในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 8.1 - 10.0[7] ซึ่งภาวะนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อความสามารถในการรู้คิด (Cognitive Function) แต่ยังก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิง และเป็นภาระแก่ผู้ดูแลทั้งด้านจิตใจและเศรษฐกิจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Dependent Elderly) โดยเฉพาะกลุ่มที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังมีสมรรถภาพทางกายเหลืออยู่บ้างแต่ต้องการความช่วยเหลือในบางกิจกรรม (Activities of Daily Living: ADL) ถือเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการป้องกัน (Secondary Prevention) เนื่องจากหากไม่ได้รับกระตุ้นที่เหมาะสม สภาวะถดถอยของระบบ

ประสาทจะดำเนินไปอย่างรวดเร็ว งานวิจัยขนาดใหญ่โดย มหาวิทยาลัยมหิดล[8] ที่ติดตามผู้ใหญ่ไทยจำนวน 206,073 คน เป็นระยะเวลา 6 ปี พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ 0.40 ต่อ 1,000 คน-ปี (95% CI 0.37–0.44) และมีอัตราเพิ่มขึ้นเป็น 1.37 ต่อ 1,000 คน/ปี ในกลุ่มอายุ 80–84 ปี แสดงให้เห็นว่าความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างมีนัยสำคัญ

จากการดำเนินงานสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียน อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2568 คาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงระดับ 1 และ 2 มีสัดส่วนร้อยละ 79.20 ของกลุ่มพึ่งพิงทั้งหมด[9] เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางอย่างผู้สูงอายุ รพ.สต. สามารถดำเนินกิจกรรมเชิงรุกพบว่ามีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งหมดปี พ.ศ 2566 ,2567, 2568 จำนวน 134,152, 269 คน คิดเป็นร้อยละ 11.34,12.77, 22.60 อยู่ในกลุ่ม 1,2 จำนวน 92 ,127 ,197 คิดเป็นร้อยละ 68.65 ,83.55 ,79.20 พบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 0.07, 0.9 ,1.85 ตามลำดับจากข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะสมองเสื่อมบางรายจะมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดัน หลอดเลือดสมองร่วมด้วยซึ่งเป็นโรคทีทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากว่าคนปกติและมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียนจึงได้เห็นความสำคัญของปัญหาสมองเสื่อมในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง การคัดกรองความเสี่ยง การส่งเสริมกิจกรรมกระตุ้นสมอง และการสนับสนุนผู้ดูแลให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (Caregiver: CG) ถือเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันหากผู้ดูแลได้รับการเสริมศักยภาพจาก รพ.สต. ไม่ว่าจะเป็นองค์ความรู้ เครื่องมือ หรือการติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จะสามารถมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมกิจกรรมที่เหมาะสม การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1 และ 2 โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ภายใต้การสนับสนุนและดำเนินการของรพ.สต. จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน และมีศักยภาพในการขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1 และ 2 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียน
2. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (Caregivers: CGs) ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง
3. เพื่อศึกษาผลของแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1 และ 2 โดยมุ่งเน้นการป้องกันภาวะสมองเสื่อม
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลและผู้สูงอายุของแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experiment research) มาประยุกต์ใช้ในการแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1,2 โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (cg)โดยความร่วมมือของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ Cg เพื่อให้ได้แนวทางการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพื่อสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่ ธันวาคม 2568 – กุมภาพันธ์ 2569 มีขั้นตอนดังนี้

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ 1 และ 2 และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (cg)

ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียน อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ 1 และ 2 จำนวน 50 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (cg) จำนวน 34 คน คัดเลือกกลุ่มเจาะจงโดยใช้เกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการ ดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินจากทีมสหวิชาชีพแล้วว่าอยู่ในกลุ่มภาวะพึ่งพิงระดับ 1 หรือ 2

กลุ่มที่ 1: ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน

กลุ่มที่ 2: ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลประจำวัน และมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียนอำเภอเมืองมหาสารคาม มีความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลในการวิจัยได้และมีความยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยครบทั้ง 12 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออกโครงการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือโรคร้ายแรงที่รบกวนการสื่อสารหรือมีผลต่อการประเมินสภาพสมอง ตาบอดมีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินจนไม่สามารถสื่อสารได้

เกณฑ์การยุติการศึกษา ย้ายออกจากพื้นที่ในระหว่างการวิจัย เสียชีวิตภายหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการวิจัยดังต่อไปนี้:

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ใช้สำหรับเก็บข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระดับการพึ่งพิง และลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1, 2 จำนวน 14 ข้อ

2. แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ใช้เพื่อประเมินระดับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ แบบประเมิน Thai Mental State Examination (TMSE) [10] จำนวน 6 ข้อ คะแนน 30 คะแนนก่อนและหลังการใช้แนวทาง การการแปลผลใช้แนวทางถ้าคะแนน < 24 คะแนนถือว่ามีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมองโดยเฉพาะความจำ

3. แบบสัมภาษณ์/แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติของผู้ดูแล ใช้เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังการใช้แนวทางที่พัฒนา จำนวน 15 ข้อ แบบตอบคำถาม ถูก,ผิดดังนี้ตอบถูกให้คะแนนเป็น 1 และตอบผิดให้คะแนน เป็น 0 โดยการแปรผลของ Bloom[11] ดังนี้ ระดับความรู้สูง ตอบถูกร้อยละ 80 ขึ้นไป, ระดับปานกลาง ตอบถูกระหว่างร้อยละ 60–79 และระดับต่ำ ตอบถูก น้อยกว่า ร้อยละ 60

4. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ใช้หลังจากการทดลองใช้แนวทาง เพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่าตามแบบของวิเคิร์ท (Likert Scale)[12] แบ่งออกเป็น 5 ระดับ 5 = พึงพอใจมากที่สุด 4 = พึงพอใจมาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด ส่วนแปลค่าความหมายของค่าเฉลี่ยของคะแนนผู้วิจัย โดยวัดผลตามเกณฑ์การประเมินแบบช่วงของ Best[13] โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือระดับสูง ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.68 -5.00,ระดับปานกลางค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 และระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33

5. แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (ที่พัฒนาขึ้น) เป็นผลลัพธ์หลักของการวิจัย ใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินกิจกรรม และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity): เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ความเชื่อมั่น (Reliability): ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)[14] ซึ่งควรมีค่ามากกว่า 0.70

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อม: ประกอบด้วยแผนกิจกรรม 12 สัปดาห์ (เช่น กิจกรรมระลึกวันวาน, การใช้สื่อพื้นบ้าน, ดนตรีบำบัด, และกายบริหารสมอง)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (Research Phases) ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้:

ระยะที่ 1: การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis)

- ศึกษาข้อมูลสุขภาพจากฐานข้อมูล รพ.สต.บ้านเชียงเหียน
- จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับ CG และญาติผู้ดูแล เพื่อค้นหาอุปสรรคและความต้องการในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในบริบทพื้นที่

ระยะที่ 2: การพัฒนาแนวทาง (Development Phase)

- นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มายกร่างแนวทางกิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยเน้น "การมีส่วนร่วม" และ "ภูมิปัญญาท้องถิ่น"
- นำร่างแนวทางให้ผู้เชี่ยวชาญ 3-5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาค่า IOC (ต้องมากกว่า 0.50)

ระยะที่ 3: การทดลองใช้ (Implementation Phase)

- Pre-test: ประเมินสภาพสมอง (TMSE) และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มโครงการ
- Action: ดำเนินการตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น เป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยให้ CG ลงพื้นที่จัดกิจกรรมที่บ้านผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ
- Monitoring: ติดตามผลและเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอเพื่อรวบรวมปัญหาหน้างาน

ระยะที่ 4: การประเมินผลและสรุป (Evaluation Phase)

- Post-test: เมื่อครบ 12 สัปดาห์ ทำการประเมินสภาพสมอง (TMSE) และคุณภาพชีวิตซ้ำอีกครั้ง
- ประเมินความพึงพอใจและความยั่งยืนของแนวทางปฏิบัติจากมุมมองของ CG

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน,ร้อยละ,ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การเปรียบเทียบผลลัพธ์ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสภาพสมอง (TMSE) และคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test (ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันวิจัยและพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โครงการวิจัย เอกสารรับรองเลขที่ 11/2569 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2568

ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่อง "แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1, 2 โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (CG)" ได้รับข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 50 คน และผู้ดูแล (CG) 34 คน โดยมีผลการวิเคราะห์ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74) มีช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 74) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 94) และส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้าย (ร้อยละ 58) ในด้านสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุ (ร้อยละ 90) มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 (ร้อยละ 97) สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่าเป็นบุตรสาว (ร้อยละ 73.5) รองลงมาคือคู่สมรส และอาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 86) มีอาชีพหลักเกษตรกร (ร้อยละ 95)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุรี่ (ร้อยละ 40) ในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุจะมีผู้ดูแลเป็นประจำ

ส่วนที่ 2: ผลการวิเคราะห์ของแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสภาพสมอง (TMSE)

ตารางที่ 1: เปรียบเทียบคะแนนการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (TMSE) ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n=50)

การประเมิน	**คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)**	**S.D.**	t	P- **value**
ก่อนการทดลอง	25.86	3.14	-4.417	.000*
หลังการทดลอง	26.54	3.25		

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1, 2 มีคะแนนเฉลี่ยสภาพสมอง (TMSE) หลังได้รับกิจกรรมตามแนวทางป้องกันฯ (x)=26.54) สูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรม (x)=25.86) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยส่งเสริมและชะลอความเสื่อมของสมองได้จริง

ส่วนที่ 3: ผลการวิเคราะห์ด้านความรู้และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (CG)

ตารางที่ 2: เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล (CG) ก่อนและหลังการฝึกอบรม (n=34)

การประเมิน	**คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)**	**S.D.**	t	P- **value**
ก่อนการทดลอง	13.12	1.45	-6.324	.000*
หลังการทดลอง	14.65	0.54		

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ดูแล (CG) มีความรู้ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (x)=14.65) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วม (x)=13.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สะท้อนถึงประสิทธิภาพของคู่มือและการฝึกอบรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 4: ความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติ

เกณฑ์การแปลผล ระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00,ระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 และระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

ตารางที่ 3. ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อกิจกรรมตามแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (n= 50)

การประเมิน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	S.D	t	P- value
ก่อนการทดลอง	4.13	0.13	61.41	.000*
หลังการทดลอง	5.00	0.00		

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมตามแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระดับ มากที่สุดทุกข้อหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 5.00 (S.D.=0.00) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมที่ได้รับเป็นอย่างมาก

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแล (CG) ต่อแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (n=34)

การประเมิน	ค่าเฉลี่ย($\bar{x}$)	S.D	t	p-value
ก่อนการทดลอง	3.62	0.49	7.38	.000*
หลังการทดลอง	5.00	0.00		

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ดูแล (CG) มีความพึงพอใจต่อแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 5.00 (S.D.=0.00) แสดงให้เห็นว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้จริง และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของครอบครัวในชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง “แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 1, 2 โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (CG) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียน” เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experiment research) เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลเชิงรุกในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74) อายุระหว่าง 70–79 ปี (ร้อยละ 74) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 94) และเกือบทั้งหมดมีโรคประจำตัว คือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 90) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ประกอบกับข้อจำกัดด้านการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวและอาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 86) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเสื่อมของสมรรถภาพทางสมองเพิ่มขึ้น แนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด 4 มิติ ได้แก่ การระลึกความหลังผ่านสื่อท้องถิ่น ดนตรีบำบัด กายบริหารสมอง และการจัดการอาหารและยา โดยให้ผู้ดูแลดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องที่บ้านเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการประเมินพบว่าคะแนนเฉลี่ยการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (TMSE) ของผู้สูงอายุหลังการทดลอง ($\bar{x}$ = 26.54, S.D.= 3.25) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}$ = 25.86,S.D.=3.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการทดลองใช้แนวทาง แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมกระตุ้นสมองที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยผู้ดูแลสามารถช่วยส่งเสริมสมรรถภาพทางการรู้คิดของผู้สูงอายุได้ และคะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลังการฝึกอบรม ($\bar{x}$ =14.65, S.D.= 0.54) สูงกว่าก่อนการฝึกอบรม ($\bar{x}$ = 13.12, S.D.=1.45) จากคะแนนเต็ม 15 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดและสามารถดำเนินกิจกรรมดูแลอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวันได้สะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุ การที่ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นช่วยให้สามารถจัดกิจกรรมกระตุ้นสมองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นการทำงานของสมองอย่างสม่ำเสมอผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งระบุว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแลจะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้นและสามารถดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมในระดับมากที่สุดทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ใช้สื่อและกิจกรรมที่คุ้นเคยกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น เรื่องราวในอดีต เพลงพื้นบ้าน หรือกิจกรรมที่สามารถทำได้ภายในบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างสะดวกและเกิดความสนุกสนาน ส่งผลให้มีแรงจูงใจในการทำ

กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลในระดับมากถึงมากที่สุด

ผลการศึกษาพบว่าหลังดำเนินกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดเป็นเวลา 12 สัปดาห์ คะแนนการทดสอบสภาพสมองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยกระตุ้นและส่งเสริมการทำงานของสมองในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการกระตุ้นการรู้คิดใน 4 มิติ ได้แก่ การระลึกความหลังผ่านสื่อท้องถิ่น ดนตรีบำบัด กายบริหารสมอง และการจัดการอาหารและยา ซึ่งเป็นกิจกรรม ที่กล่าวถึงความสำคัญของการพัฒนาเครื่องมือและกระบวนการที่มีความเชื่อถือได้ในการประเมินผลการเรียนรู้และพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้ใช้การประเมินผลอย่างเป็นระบบเพื่อสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของสภาพการรู้คิดของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ที่กล่าวถึงความสำคัญของการพัฒนาเครื่องมือและกระบวนการที่มีความซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดแบบหลายกิจกรรมสามารถช่วยเพิ่มความสามารถด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุได้สอดคล้องกับแนวคิดของ Chuchuen & Tunvirachaisakul, 2025[15] โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในระยะเริ่มต้น ซึ่งกิจกรรมที่มีความหลากหลายและเน้นการมีส่วนร่วมจะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองได้ดีกว่าการใช้กิจกรรมเพียงรูปแบบเดียว อีกทั้งกิจกรรมระลึกความหลังผ่านเรื่องราวหรือสื่อในท้องถิ่นยังช่วยกระตุ้นความจำระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในประสบการณ์ชีวิตของตนเอง และช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจในด้านของผู้ดูแล และการใช้กิจกรรมระลึกความหลังร่วมกับกิจกรรมทางสังคมสามารถช่วยพัฒนาความจำและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดได้[16] นอกจากนี้ การใช้ดนตรีบำบัดยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองและเพิ่มความสามารถด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Moreno-Morales et al., 2024)[17] รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุยังช่วยสนับสนุนให้กิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น[18] การที่ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมยังช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ทำให้เกิดบรรยากาศการดูแลที่อบอุ่นและส่งเสริมสุขภาวะทั้งทางกายและจิตใจ จากผลการวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในชุมชนเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพตรงกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Lin et al.[19] สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ ได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากและมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากรทางสาธารณสุข การส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลและครอบครัวจึงเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน และสามารถช่วยชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเหมาะสม การจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางสมองของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรบรรจุแนวทางนี้ในแผนงาน Long Term Care ของท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนสื่อและงบประมาณให้แก่ CG

2. การบูรณาการในแผนบริการสุขภาพระดับตำบล:กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ควรบรรลุแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมนี้ลงใน "แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประจำปี" เพื่อสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อสื่อกระตุ้นสมองให้แก่ CG ทุกหมู่บ้าน

3. การยกระดับบทบาทอาสาสมัคร (CG) ควรมีการกำหนดมาตรฐานทักษะ "ผู้กระตุ้นสมองชุมชน" (Community Cognitive Stimulator) โดยใช้หลักสูตรที่พัฒนาจากงานวิจัยนี้ และมีการมอบ

เกียรติบัตรหรือค่าตอบแทนพิเศษเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

4. นโยบายคัดกรองเชิงรุกแบบคู่ขนาน หน่วยงานสาธารณสุขควรมีนโยบายให้การคัดกรอง TMSE ต้องทำควบคู่ไปกับการตรวจ NCDs (เบาหวาน/ความดัน) ในกลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิง เนื่องจากมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดตามข้อมูลสุขภาพที่พบในพื้นที่

5. ระบบสนับสนุนผู้ดูแลหลัก (Caregiver Support System) รัฐควรมีนโยบายสนับสนุนวันลาหรือสวัสดิการสำหรับบุตรที่ต้องดูแลบุพการีที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อลดความเครียดและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมกระตุ้นสมองที่บ้าน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการศึกษาในหลายพื้นที่ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยและสามารถนำผลไปประยุกต์ใช้ในบริบทของชุมชนอื่นได้มากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความต่อเนื่องของผลลัพธ์ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุ และศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมกระตุ้นสมองในการชะลอภาวะสมองเสื่อม

3. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรม เช่น ระดับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล สภาพแวดล้อมในครอบครัว และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

4. ควรพัฒนาและประเมินรูปแบบกิจกรรมหรือคู่มือการกระตุ้นสมองสำหรับผู้ดูแลให้เป็นมาตรฐาน เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในชุมชนอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียน บุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. (2564). คู่มือปฏิบัติงาน Long Term Care สำหรับพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. นนทบุรี: กองส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2561). สถานการณ์ผู้สูงอายุและแนวโน้มปัญหาสุขภาพในประเทศไทย.กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
3. Benjapolpitak, P. (2023). Dementia prevention and care for older persons in Thailand. Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand.
4. World Health Organization. (2021). Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization.
5. Alzheimer's Disease International. (2023). World Alzheimer Report 2023: Reducing the risk of dementia. London: ADI.
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์.
7. กรมการแพทย์. (2565). แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ (Geriatric Clinic Guideline). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
8. Pongchaiyakul, C., et al. (2022). Situation of dementia among Thai older adults. *Institute* of Geriatric Medicine, Mahidol University.
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียงเหียน. (2567). รายงานสถานะสุขภาพประชากรและสถิติผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ประจำปีงบประมาณ 2567. มหาสารคาม: กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วน จังหวัดมหาสารคาม.
10. Thai Mental State Examination (TMSE) โดยคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยตีพิมพ์เผยแพร่ครั้งแรกในสารศิริราช ฉบับที่ 45(6) เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2536 (หน้า 359-374)
11. Bloom, B. M. (1968). Learning for Mastery. Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs, 1, 1-12.

12. Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology,140, 1–55.
13. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
14. Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 16*(3), 297–334.*
15. Chuchuen, P., & Tunvirachaisakul, C. (2025). Multi-modal cognitive stimulation program improves cognition and quality of life in Thai older adults with mild cognitive impairment. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders.
16. Ni, P., Wang, F., Liu, L., Zhang, S., Li, Q., & Hu, X. (2026). Effects of reminiscence therapy for people living with cognitive impairment and their caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*.
17. Moreno-Morales, C., et al. (2024). Music therapy and cognitive function in dementia: A network meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Personalized Medicine, 14(5), 497.
18. Suepthayat,S.,Jullmate,P., & Tabootwong,W. (2025). Development of cognitive stimulation program integrated with family participation for retarding dementia in older adults. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 26(2), 124–132.
19. Lin, Z., Yin, X., Levy, B. R., Yuan, Y., & Chen, X. (2024). Association of family support with lower modifiable risk factors for dementia among cognitively impaired older adults. American Journal of Geriatric Psychiatry, 32(10), 1187–1199.

ความชุกและโมเดลการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ : การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง

Prevalence and Prediction Model of Hypertension among the Elderly : A Cross-sectional Study.

(Received: March 14,2026 ; Revised: March 16,2026 ; Accepted: March 26,2026)

นิธิศ ธานี[1] **ถนอม นามวงศ์**[2]
Nithit Thanee[1] **Thanom Namwong**[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและพัฒนาโมเดลการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดยโสธร 459 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติกพหุคูณผล การศึกษาพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุร้อยละ 43.6 (95% CI: 39.0–48.2) โดยเพศหญิงร้อยละ 46.3 (95% CI: 40.3–52.4) และเพศชายร้อยละ 39.6 (95% CI: 32.5–47.0) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โมเดลการพยากรณ์พบ 3 ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง โดยกลุ่มอายุ 70–79 ปีมีความเสี่ยง 2.5 เท่า และอายุ ≥80 ปีมีความเสี่ยง 3.2 เท่า เมื่อเทียบกับอายุ 60–69 ปี การเป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยง 3.5 เท่า และภาวะไขมันในเลือดสูงมีความเสี่ยง 5.5 เท่า การประเมินโมเดลพบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี (GOF, p = 0.624) มีพื้นที่ใต้โค้ง AUC เท่ากับ 0.76 (95% CI: 0.72–0.81) ที่จุดตัดความน่าจะเป็น 0.39 ให้ค่า Sensitivity ร้อยละ 71.5 Specificity ร้อยละ 67.2 และ Accuracy ร้อยละ 69.1

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ความดันโลหิตสูง, ความชุก, โมเดลพยากรณ์

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to determine the prevalence and develop a prediction model for hypertension among the elderly. The study population comprised individuals aged ≥60 years in Yasothon Province. A total of 459 participants were selected using multi-stage sampling. The research instrument was a questionnaire. Descriptive statistics and multiple logistic regression analysis were applied to develop the prediction model. The prevalence of hypertension was 43.6% (95% CI: 39.0–48.2). The prevalence was higher among females (46.3%, 95% CI: 40.3–52.4) than males (39.6%, 95% CI: 32.5–47.0) and increased with age. The final prediction model identified three significant predictors: age, diabetes mellitus, and hyperlipidemia. Individuals aged 70–79 years and ≥80 years had 2.5 and 3.2 times higher odds of hypertension compared with those aged 60–69 years, respectively. Diabetes mellitus increased the risk by 3.5 times, while hyperlipidemia was the strongest predictor with a 5.5-fold increased risk. The model demonstrated a good fit with the empirical data (GOF, p = 0.624) and acceptable discrimination ability (AUC = 0.76; 95% CI: 0.72–0.81). At the optimal cut-off point of 0.39, the model yielded a sensitivity of 71.5%, specificity of 67.2%, and overall accuracy of 69.1%.

Keywords: Elderly, Hypertension, Prevalence, Prediction model

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และเป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2025 มีประชากรทั่วโลกประมาณ 1.4 พันล้านคน อายุระหว่าง 30–79 ปี ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นประมาณ ร้อยละ 33 ของประชากรในช่วงอายุดังกล่าว และผู้ป่วย

[1] อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2] อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
,Corresponding author : Thanom Namwong, Email: thanom@scphub.ac.th

ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบอัตราป่วยสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรค ได้แก่ การบริโภคโซเดียมสูง ภาวะอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[1] สถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2564- 2566 รายงานอัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 14.5, 15.4 และ 13.5 ตามลำดับ[2] เขตสุขภาพที่ 10 มีอยู่ 5 จังหวัด ข้อมูลจากสำนักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 10 อุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2566 รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธรพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับสามของเขต ร้อยละ 32.0 ส่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) พบมากที่สุดของเขต ร้อยละ 5.3 และ 2.0 ตามลำดับ[3] กรมควบคุมโรค รายงานอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิต พบว่าจังหวัดยโสธร พบอัตราตายสูงที่สุดของเขตและสูงกว่าอัตราตายระดับประเทศ ข้อมูลปี พ.ศ. 2564-2566 พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 15.5, 16.9 และ 10.8 ตามลำดับ[2] ซึ่งสะท้อนว่าจังหวัดยโสธร เป็นพื้นที่ที่พบปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังเกิดจากโรคความดันโลหิตอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วงและสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 10

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลกที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ องค์การสหประชาชาติ ได้คาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มสัดส่วนขึ้นถึง 1 ใน 5 ของประชากรโลก ผู้สูงอายุมักมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ทำให้อัตราการเสียชีวิตและสูญเสียปีสุขภาวะในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น[4] ปัญหาดังกล่าว ถือเป็นภาวะวิกฤตในผู้สูงอายุที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องให้ความสำคัญ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหา เพราะจะกระทบต่อภาระการดูแลของครอบครัว และกระเพื่อมปัญหาในวงกว้างด้วย จำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นทุกปี ทำให้เกิดภาระของระบบบริการสุขภาพ[5] ประเทศไทยที่มีแนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีผู้สูงอายุราว 1 ใน 4 จากประชากรทั้งหมด[6] ซึ่งอาจทำให้แนวโน้มความชุกของโรคความดันโลหิตสูงขึ้น และมีผลกระทบด้านอื่น ๆ ตามมา จังหวัดยโสธร มีทั้งหมด 9 อำเภอ มีผู้สูงอายุ 105,230 คน จากประชากรทั้งหมด 528,696 คน มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริง 80,403 คน เป็นพื้นที่หนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และพบผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 17.8 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 19.9 ในปี พ.ศ. 2567[7]

การดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพนั้น บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องมีข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ ขนาดของปัญหาหรือความชุก ตลอดจนสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงที่แน่ชัด เพื่อนำไปสู่การวางมาตรการได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง พบว่าความชุกของโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนตามช่วงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งมีรายงานความชุกอยู่ระหว่างร้อยละ 59.6–71.3 อย่างไรก็ตาม หลายการศึกษารายงานความชุกที่แตกต่างกัน โดยพบอยู่ในช่วงร้อยละ 32.9–71.3 ทั้งนี้อาจเกิดจากความแตกต่างของบริบทพื้นที่ศึกษา ลักษณะประชากร และช่วงเวลาที่ทำการศึกษา[1,8,9,10,11] สำหรับปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง งานวิจัยส่วนใหญ่มีข้อค้นพบสอดคล้องกันว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความชุกของโรคที่สูงขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบหลอดเลือดเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ[9,10,12] นอกจากนี้ เพศชายมักมีความชุกหรือความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น[8,10] ดัชนีมวลกายเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดโรค โดยผู้ที่มีภาวะอ้วนมีโอกาส

เป็นโรคสูงกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติประมาณ 2.89–3.63 เท่า[13,14,15,16] นอกจากนี้ โรคประจำตัวและภาวะสุขภาพร่วม เช่น โรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่ส่งผลต่อความเสื่อมของระบบหลอดเลือดร่วมกัน[10,16] ในด้านปัจจัยทางสังคม พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกว่า[8,14] ขณะที่พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการขาดการออกกำลังกาย ล้วนมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในหลายพื้นที่[10,14]

แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศจะช่วยให้เข้าใจถึงขนาดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงได้ในระดับหนึ่ง แต่ข้อมูลส่วนใหญ่ยังสะท้อนแค่ภาพกว้าง และส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไป เช่น นักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์ หรือกลุ่มวัยทำงาน ขณะที่การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุยังมีค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในบริบทของพื้นที่ยังมีจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ด้านความชุกของโรคความดันโลหิตสูงยังมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ประชากรแต่ละกลุ่ม และช่วงเวลาที่ศึกษา ส่งผลให้ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนสำหรับใช้ประกอบการวางแผนและกำหนดมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ งานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมาเน้นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดโรค โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ เช่น การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression) เพื่อระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค อย่างไรก็ตาม งานวิจัยจำนวนมากยังมีข้อจำกัดในด้านการพัฒนาโมเดลพยากรณ์ที่สามารถใช้จำแนกหรือทำนายความเสี่ยงของการเกิดโรคได้อย่างเป็นระบบ รวมทั้งยังขาดการประเมินความเหมาะสมและประสิทธิภาพของโมเดลในการจำแนกกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในเชิงปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ [8,13,14,15]

ดังนั้น การศึกษาความชุกและการพัฒนาโมเดลพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุครั้งนี้ จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้จากงานวิจัยที่ผ่านมา โดยไม่เพียงมุ่งศึกษาสถานการณ์ของโรคเท่านั้น แต่ยังมุ่งพัฒนาและประเมินความถูกต้องของโมเดลพยากรณ์ เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือในการจำแนกและทำนายความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำไปใช้สนับสนุนการคัดกรอง การเฝ้าระวัง และการวางแผนมาตรการป้องกันโรคในระดับประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่อง “ความชุกและโมเดลการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ” โดยผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำไปใช้ประกอบการวางแผนดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค ตลอดจนการพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและพัฒนาโมเดลการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by cross-sectional study)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดยโสธร จำนวน 88,099 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่จริงในพื้นที่จังหวัดยโสธร ได้มาโดยการใช้สูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่างของเครจซี-มอร์แกน[17] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น 330 คน และคูณด้วยค่า Design Effect เท่ากับ 1.5 ได้ขนาดตัวอย่างสุดท้าย

459 คน เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยมีขั้นตอนได้แก่ 1) จัดกลุ่มอำเภอตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุเป็นขนาดใหญ่ ปานกลาง และเล็ก แล้วสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากได้ อำเภอคำเขื่อนแก้ว อำเภอมหาชนะชัย และอำเภอค้อวัง 2) แต่ละอำเภอสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากมา 1 ตำบล อำเภอคำเขื่อนแก้ว ได้ตำบลย่อ อำเภอมหาชนะชัย ตำบลบึงแก และอำเภอค้อวัง ได้ ตำบลค้อวัง 3) สุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก 2 ชุมชน ต่อ 1 ตำบล และ 4) นำขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ไปคำนวณตามสัดส่วนของประชากรแต่ละหมู่บ้าน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ก) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ข) สามารถตอบคำถามได้ และ ค) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ก) เจ็บป่วยหรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ และ ข) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลต่าง ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ปัจจุบัน ผู้ดูแลหลัก และประวัติการพลัดตกหกล้ม คำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ และการเติมข้อมูลในช่องว่าง มี 7 ข้อ

2) แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพส่วนบุคคล ได้แก่ โรคประจำตัว การใช้ยาประจำ ดัชนีมวลกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย คำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ คือ ใช่ และ ไม่ใช่ มี 10 ข้อ

3) แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมไม่ใช่ ได้แก่ ราวจับภายในบ้าน ลักษณะบ้านสองชั้น บันไดบ้านสองชั้น แสงสว่างภายในบ้านและห้องน้ำ ลักษณพื้นบ้านเรียบ อุปกรณ์ช่วยในการพยุงเดิน และธรณีประตู คำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ คือ ใช่ และ ไม่ใช่ มี 11 ข้อ

4) แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเองการปรับปรุงสภาพบ้าน การมีญาติผู้ดูแลในกิจวัตรประจำวัน และการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข คำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ มี 6 ข้อ

คุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ นักวิชาการสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพและอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยด้านสาธารณสุข ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยการหาค่า Index of Item-Objective Congruence; IOC) ซึ่งทุกข้อคำถามมีค่า IOC ระหว่าง 0.5 – 1.0 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบทดสอบที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองเก็บข้อมูล กับประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในบ้านแขม ตำบลเมืองศรีไค จังหวัดอุบลราชธานี 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยแบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงที่เลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ ค่าความเชื่อมั่นมีค่า KR-20 เท่ากับ 0.73

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการควบคุมคุณภาพของข้อมูล

เก็บข้อมูล โดย อสม. และบุคลากรสาธารณสุขในระดับ รพ.สต. ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือโดยสัมภาษณ์โดยตรงกับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากนั้น ตรวจสอบครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำไปบันทึกลงในโปรแกรม Excel จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยทีมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ สัดส่วน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงความเชื่อมั่น 95% ของความชุกโรคความดันโลหิตสูง และหาโมเดลการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุด้วย Multiple logistic regression ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มจากนำปัจจัยต่าง ๆ มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น (Bivariate analysis) เพื่อหาค่า Crude Odds Ratio (COR) แล้วเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า

0.25 ตามคำแนะนำของ Hosmer & Lemeshow[18] เข้าสู่การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariable analysis) ในโมเดลเริ่มต้น (Initial Regression model) จากนั้นทดสอบความสัมพันธ์กันของตัวแปรต้น (Multicollinearity) เพื่อหาค่า VIF (Variance Inflation Factor) ก่อนทำการ fit model ด้วยเทคนิค Backward elimination โดยคงตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติในโมเดลสุดท้าย นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วย Adjusted Odds Ratio (AOR) และ 95%CI AOR ดำเนินการโดยประเมินความสามารถในการทำนายและการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยทดสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูล ด้วยสถิติ Hosmer–Lemeshow goodness-of-fit test (GOF) และประเมินความสามารถในการจำแนกกลุ่ม ของโมเดลด้วยการวิเคราะห์ Receiver Operating Characteristic (ROC) curve พร้อมคำนวณพื้นที่ใต้โค้ง (Area Under the Curve: AUC) เพื่อหาค่าจุดตัด (cut-off point) ที่เหมาะสมในการจำแนกกลุ่ม จากนั้นคำนวณค่าความไว (Sensitivity) ค่าความจำเพาะ (Specificity) และค่าความถูกต้อง (Accuracy) ของโมเดล กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาให้ดำเนินการวิจัยได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUB S005-2568 รับรองเมื่อวันที่ 3 มีนาคม2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง จำนวน 459 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.3 อายุเฉลี่ย 71.7 ปี (ช่วง 60-85 ปี) มีสถานภาพสมรสร้อยละ 53.2 จบการการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.3 อาชีพหลักคือเกษตรกรร้อยละ 56.4 และได้การดูแลจากบุตรหลานในชีวิตประจำวันร้อยละ 51.2

ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ในภาพรวมพบ ร้อยละ 43.6 (95%CI 39.0, 48.2) พบในเพศชาย ร้อยละ 39.6 (95%CI 32.5, 47.0) ส่วนเพศหญิง ร้อยละ 46.3 (95%CI 36.4, 68.0) โดยมีแนวโน้มที่จะพบความชุกที่สูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ (n=459)

Age-groups	Male				Female				Total			
(year)	n	HT	PR	(95%CI)	n	HT	PR	(95%CI)	n	HT	PR	(95%CI)
60 - 69	83	21	25.3	(16.4, 36.0)	127	48	37.8	(29.3, 46.8)	210	69	32.9	(26.5, 39.7)
70 - 79	75	38	50.7	(38.9, 62.4)	103	56	54.4	(44.3, 64.2)	178	94	52.8	(45.2, 60.3)
80 and over	29	15	51.7	(32.5, 70.5)	42	22	52.4	(36.4, 68.0)	71	37	52.1	(39.9, 64.1)
Total	**187**	**74**	39.6	**(32.5, 47.0)**	**272**	**126**	46.3	**(40.3, 52.4)**	**459**	**200**	43.6	**(39.0, 48.2)**

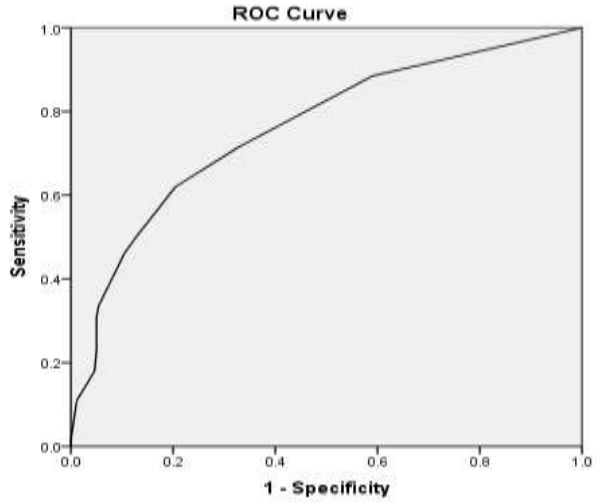
*PR = Prevalence rate (%), HT = Hypertension

โมเดลการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น (Crude analysis) จากตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การออกกำลังกาย และการดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และโรคอ้วน พบตัวแปรที่มี ค่า p-value < 0.25 จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อจะนำไปวิเคราะห์ ในโมเดลเริ่มต้น แล้วทดสอบความสัมพันธ์กันของตัวแปรต้น (Multicollinearity) เพื่อหาค่า VIF ก่อนทำการ fit model ผลปรากฏว่าทุกตัวแปรมีค่า VIF ระหว่าง 1.1

– 1.3 ซึ่งน้อยกว่า 10 จึงไม่เกิด Multicollinearity จากนั้นทำการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร ผลการวิเคราะห์สุดท้าย พบตัวแปรที่สัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุ จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ อายุ การเป็นโรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง โดยคนที่อายุ 70-79 ปี มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ 2.5 เท่า (95%CI AOR 1.5 to 3.9) คนที่อายุ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ 3.2 เท่า (95%CI AOR 1.7 to 5.8) เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่อายุ 60-69 ปี คนที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ 3.5 เท่า (95%CI AOR 2.2 to 5.5) และคนที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ 5.5 เท่า (95%CI AOR 3.1 to 9.8) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (n=459)

Variables	N	HT		B	S.E.	COR	AOR	95% CI for AOR		p-value
		n	%					Lower	Upper	
อายุ (ปี)										<0.001
60-69	210	69	34.5	ref						
70-79	178	94	47.0	0.9	0.2	2.3	2.5	1.5	3.9	
>= 80	71	37	18.5	1.2	0.3	2.2	3.2	1.7	5.8	
โรคเบาหวาน										<0.001
No	323	110	55.0	ref						
Yes	136	90	45.0	1.2	0.3	3.7	3.5	2.2	5.5	
ไขมันในเลือดสูง										<0.001
No	370	130	65.0	ref						
Yes	89	70	35.0	1.7	0.3	6.8	5.5	3.1	9.8	
Constants	n/a	n/a	n/a	-1.5	0.2	n/a	n/a	n/a	n/a	



รูปที่ 1 ROC Curve และ AUC

ผลการประเมินความเหมาะสมของสมการพยากรณ์ด้วย Hosmer–Lemeshow goodness-of-fit test พบว่ามีค่า p-value เท่ากับ 0.624 เมื่อประเมินความสามารถในการจำแนกกลุ่มเสี่ยงด้วย

การวิเคราะห์ ROC curve พบว่าพื้นที่ใต้โค้ง AUC มีค่าเท่ากับ 0.76 (95% CI: 0.72–0.81) จากการวิเคราะห์ ROC curve พบว่าค่าจุดตัดที่เหมาะสมสำหรับโมเดลพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูงคือ 0.39 ซึ่งให้ค่า Sensitivity ร้อยละ 71.5, Specificity ร้อยละ 67.2 และ Accuracy ร้อยละ 69.1 โดยพื้นที่ใต้โค้ง ROC (รูปที่ 1)

จากผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 2 สามารถสร้างโมเดลการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

P(Y=1/X) = 1/[1 + EXP(-1.5 + 0.9 อายุ (70-79 ปี) + 1.2 อายุ (80 ปีขึ้นไป) + 1.2 โรคเบาหวาน + 1.7 ภาวะไขมันในเลือดสูง]

สรุปและอภิปรายผล

1) ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จากการศึกษานี้เท่ากับ ร้อยละ 43.6 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับค่อนข้างสูง สอดคล้องกับแนวโน้มสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบเพิ่มขึ้นในประชากรผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของหลอดเลือดเมื่ออายุมากขึ้น เช่น ความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง ทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นตามวัย ซึ่งมีความสอดคล้องกับรายงานการวิจัยอื่น ๆ ที่ระบุความชุกในกลุ่มผู้สูงอายุไว้ที่ร้อยละ 32.9–71.3 [8,10,11] ความแตกต่างของความชุกในแต่ละพื้นที่อาจเป็นผลมาจากความแตกต่างของกระบวนการวิจัย บริบททางสังคม โครงสร้างประชากร และพฤติกรรมการบริโภคที่แตกต่างกัน[8,15] ความชุกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป มีความชุกของโรคสูงกว่ากลุ่มอายุ 60–69 ปี ซึ่งสอดคล้องกับหลักการทางระบาดวิทยาและสรีรวิทยาที่ว่า เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดจะสูญเสียความยืดหยุ่นและมีความแข็งตัวมากขึ้น นอกจากนี้ผลการวิจัยในพื้นที่นี้ยังพบว่า เพศหญิงมีความชุกสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 46.3 เทียบกับ 39.6) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในบางพื้นที่ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนจะมีความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนส่งผลต่อการทำงานของหลอดเลือด[19]

2) โมเดลการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้พัฒนาโมเดลผ่านการวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression ซึ่งค้นพบปัจจัยพยากรณ์ที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ อายุ โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงขึ้น โดยผู้สูงอายุช่วงอายุ 70-79 ปี มีโอกาสเสี่ยงสูงถึง 2.5 เท่า และผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงสูงขึ้นถึง 3.2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุ 60-69 ปี สาเหตุสำคัญเกิดจากความเสื่อมของร่างกายที่เพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบหลอดเลือด เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โครงสร้างของหลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่นและมีความแข็งตัวมากขึ้น ความสามารถในการขยายตัวลดลง[9,20,21] ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นตัวพยากรณ์ที่มีค่าความเสี่ยงสูงที่สุดในโมเดล (AOR = 5.5) ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า ระดับไขมันในเลือดที่สูงสัมพันธ์อย่างมากกับการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Arteriosclerosis) และทำลายการทำงานของผนังหลอดเลือด ส่งผลให้แรงต้านทานส่วนปลายเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้นตามมา[19,20] การมีโรคเบาหวานร่วม เพิ่มโอกาสเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 3.5 เท่า เนื่องจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำลายโครงสร้างผนังหลอดเลือดและกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งส่งผลให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง[15] จากการทดสอบความเหมาะสมของโมเดลด้วยสถิติ Hosmer–Lemeshow goodness-of-fit test พบว่ามีค่า p-value = 0.624 ซึ่งมากกว่า 0.05 แสดงว่าโมเดลไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างค่าที่คาดการณ์กับค่าที่สังเกตจริง จึงสามารถสรุปได้ว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับที่ดี และมีความเหมาะสมสำหรับใช้ในการพยากรณ์ความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพของโมเดล พบว่ามีพื้นที่ใต้โค้ง AUC

เท่ากับ 0.76 (95% CI: 0.72, 0.81) ซึ่งจัดว่ามีความสามารถในการจำแนกกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับ "ดี" (Fair to Good) ตามเกณฑ์มาตรฐานทางสถิติ[22,23] โมเดลจึงสามารถแยกแยะกลุ่มผู้ที่มีแนวโน้มเป็นโรคความดันโลหิตสูงออกจากกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงได้ในระดับที่เหมาะสม จากการวิเคราะห์ ROC curve พบว่าจุดตัดที่เหมาะสมของความน่าจะเป็นคือ 0.39 ซึ่งให้ค่า Sensitivity ร้อยละ 71.5 และ Specificity ร้อยละ 67.2 แสดงว่าโมเดลสามารถตรวจพบผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงได้ประมาณ 7 ใน 10 คน และสามารถจำแนกผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงได้ประมาณ 2 ใน 3 ของประชากร ขณะที่ Accuracy ร้อยละ 69.1 บ่งชี้ว่าโดยรวมแล้วโมเดลสามารถทำนายผล ได้ถูกต้องประมาณสองในสามของทั้งหมด ค่าประสิทธิภาพดังกล่าวสะท้อนว่าโมเดลมีความไว (sensitivity) ค่อนข้างสูงกว่าความจำเพาะ (specificity)[22,23] ซึ่งถือว่าเหมาะสมสำหรับการใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงในระดับชุมชนหรือบริการปฐมภูมิ เนื่องจากการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ควรให้ความสำคัญกับการตรวจพบผู้มีความเสี่ยงให้ได้มากที่สุด เพื่อนำเข้าสู่การตรวจวินิจฉัยและการรักษา

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดของการศึกษา

1) เนื่องจากการศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและผลการเกิดโรคถูกเก็บรวบรวมในเวลาเดียวกัน ทำให้ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างแน่ชัด โมเดลที่พัฒนาขึ้นจึงบอกได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเป็นโรค ณ ช่วงเวลานั้น แต่ไม่สามารถยืนยันได้ว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาวจริงหรือไม่

2) ตัวแปรตามของการศึกษานี้คือ "ประวัติการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์" ซึ่งอาจส่งผลให้ค่าความชุกที่พบ ร้อยละ 43.6 ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากไม่ได้รวมกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงแต่ยังไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยเข้ามาในโมเดล

ข้อเสนอแนะ

1) หน่วยงานสาธารณสุขและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำสมการพยากรณ์ที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือแบบตารางคะแนน (Risk score) เพื่อคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในเบื้องต้นในชุมชน เนื่องจากโมเดลมีความไวสูงถึงร้อยละ 71.5 ซึ่งเหมาะสำหรับการตรวจพบผู้มีความเสี่ยงสูงที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลได้อย่างรวดเร็ว

2) ควรจัดลำดับความสำคัญในการเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงและเป็นโรคเบาหวานเป็นลำดับแรก และการดำเนินงานควรบูรณาการการควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดควบคู่ไปกับการติดตามความดันโลหิตอย่างใกล้ชิด เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว

3) เนื่องจากความชุกของโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป และมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่ม 60-69 ปี ถึง 2.5-3.2 เท่า ดังนั้น ระบบสุขภาพในชุมชนควรเน้นการเยี่ยมบ้านและการให้สุขศึกษาที่สอดคล้องกับความเสื่อมของร่างกายตามวัย โดยมุ่งเน้นการลดพฤติกรรมเนือยนิ่งและควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคโซเดียมและภาวะอ้วน

4) ในการวิจัยครั้งต่อไปควรเปลี่ยนรูปแบบการศึกษาจากการวิจัยภาคตัดขวางเป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและเพิ่มความแม่นยำของโมเดล นอกจากนี้ ควรมีการทดสอบโมเดลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทต่างออกไป เพื่อพัฒนาเครื่องมือให้มีความครอบคลุมและใช้ประโยชน์ได้จริงในระดับนโยบายต่อไป

5) ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์ในโมเดลพยากรณ์สุดท้ายของการศึกษานี้ และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เพิ่มเติมที่ไม่ได้ศึกษาในงานวิจัยนี้ เพื่อความชัดเจนและเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังโรคในอนาคต เช่น ภาวะอ้วน ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย ความเครียด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization(WHO).(2025). Hypertension [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 6]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension ?utm_source=chatgpt.com
2. กองโรคไม่ติดต่อ.(2568). จำนวนและอัตราการตาย 5 โรคไม่ติดต่อ ปี พ.ศ.2562-2566 [Internet]. กรมควบคุมโรค. 2568 [cited 2026 Mar 7]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/dncd/files/จำนวนและอัตราตายด้วย5โรคNCD25622566.xlsx
3. เขตสุขภาพที่ 10.(2566). แนวทางจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) ฉบับปรับปรุง ปี 2566. อุบลราชธานี: อัลทิเมท พริ้นติ้ง จำกัด; 2566.
4. WHO.(2022). Ageing [Internet]. 2022 [cited 2023 May 24]. Available from: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_2
5. กองโรคไม่ติดต่อ.(2566). จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี 2560 - 2564) [Internet]. 2566 [cited 2023 Dec 9]. Available from: http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020
6. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2564). สถิติผู้สูงอายุ [Internet]. 2564 [cited 2022 Feb 11]. Available from: https://www.dop.go.th/th/know/1
7. เขตสุขภาพที่10.(2567). สรุปผลการดำเนินงานผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 10. อุบลราชธานี; 2567.
8. Ghazi Jamaan S Aldhafeeri, Sanad Khemais Alshammari, Tami Hlail Hazmi Aldhafeeri HMA.(2022). Prevalence and Risk Factors of Hypertension in Urban: A Cross-Sectional Study. J Popul Theapeutics Clin Phamacology [Internet]. 2022;29(3):424–30. Available from: https://www.jptcp.com/index.php/jptcp/article/view/5404/5248
9. Patthrarawalai Sirinara, Nitt Hanprathet WJ.(2019). Prevalence of hypertension and associated factors among healthcare workers: A cross-sectional study. Patthrarawalai Sirinara, Nitt Hanprathet, Wiroj Jiamjarasrangsi [Internet]. 2019;63(3):193–9. Available from: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/CMJ/article/view/300/264
10. Fenghua Wang, Maoti Wei, Ning Yang XW.(2024). Prevalence, awareness, treatment, control of hypertension among adults inhabited in the coastal area of Tianjin, China. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2024;103(26):1–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38941429/
11. Sirinara P, Hanprathet N, Jiamjarasrangsi W.(2019). Prevalence of hypertension and associated factors among healthcare workers: A cross-sectional study. Vol. 63, Chulalongkorn Medical Journal. 2019. p. 193–9.
12. Sood M, Shende R, Saha S, Eruva V.(2024). Systematic Review Article: Study of Risk Factors for Hypertension. Eur J Cardiovasc Med. 2024;14(6):19–22.
13. Lee M, Entzminger L, Lohsoonthorn V, Williams MA.(2006). Risk factors of hypertension and correlates of blood pressure and mean arterial pressure among patients receiving health exams at the Preventive Medicine Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thailand. Vol. 89, Journal of the Medical Association of Thailand. 2006. p. 1213–21.
14. Meghanad Meher, Sourabh Pradhan SRP.(2023). Risk Factors Associated With Hypertension in Young Adults: A Systematic Review. Cureus J Med Sci [Internet]. 2023;15(4):1–8. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10181897/
15. Emmanuel Adediran, Robert Owens, Elena Gardner, Andrew Curtin, John Stuligross, Danielle Forbes, Jing Wang DO.(2024). Risk factors of undiagnosed and uncontrolled hypertension in primary care patients with hypertension: a cross-sectional study. Adediran al BMC Prim Care [Internet]. 2024;25(1):1–14. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39164618/

16.Sakboonyarat B, Chokcharoensap K, Sathuthum N, Chutchawalanon S, Khamkaen C, Sookkaew W, et al. (2018).Prevalence and Associated Factors of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in a Rural Community, Central Thailand: A Mixed Methods Study. Glob J Health Sci. 2018;10(3):60.

17. Krejcie RV, Morgan D.(1970). Determing sample size for research activities. Educ ond Psychol Meas. 1970;30(3):607–10.

18. Hosmer, D.W. and Lemeshow S.(2000). Applied logistic regression. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.; 2000.

19. Sakboonyarat B, Rangsin R.(2018). Prevalence and associated factors of ischemic heart disease (IHD) among patients with diabetes mellitus: A nation-wide, cross-sectional survey. BMC Cardiovasc Disord. 2018;18(151):1–7.

20. Prasutr Thawornchaisit, Ferdinandus de Looze, Christopher Reid, Sam-ang Seubsman AS.(2013). Health-Risk Factors and the Prevalence of Hypertension: Cross-Sectional Findings from a National Cohort of 87 143 Thai Open University Students. Glob J Health Sci. 2013;5(4).

21. นันทวัน ธัญปราณีตกุล.(2567). ปัจจัยทำนายความเสี่ยงการเกิดโรค NCDs (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ของผู้รับบริการกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5 [Internet]. 2567;43(3):463–78. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/271359/184881

22. Greiner M, Pfeiffer D SR.(2000). Principles and Practical Application of The Receiver-Operating Characteristic Analysis for Diagnostic Tests. Prev Vet Med. 2000;45(1–2):23–41.

23. พงษ์เดช สารการ, ภัทรนันท์ หมั่นพลศรี.(2564). จุดตัดที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์เส้นโค้ง Receiver Operating Characteristic (ROC) ในการพัฒนาเครื่องมือนวัตกรรมทางสุขภาพ: กรณีตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม STATA. Thai Bull Pharm Sci. 2564;16(1):93–108.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในชุมชน : กรณีศึกษา

Community-Based Nursing Care for Highly Dependent Patients with Intracerebral Hemorrhage: A case study.

(Received: March 21,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

นันทนี รัตนกิจศร[1]
Nantanee Rattanakitsorn[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและญาติให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยและต่อเนื่อง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดเตียง มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยเลือกศึกษาผู้ป่วย จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในระบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) และคัดเลือกผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองที่มีปัญหาซับซ้อน ของโรงพยาบาลพัทยาปัทมคุณ จำนวน 1 ราย ประเมินผู้ป่วยตามแนวคิดแบบแผนประเมินสุขภาพกอร์ดอน11แบบแผนและ Barthel ADL index การดูแลใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อประเมินปัญหา วางแผนปฏิบัติ และประเมินผลการพยาบาล พร้อมปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหญิงอายุ 52 ปี ประสบอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ล้ม เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2568 ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และต่อมาได้รับการเจาะคอ วินิจฉัยว่าเป็น epidural hematoma in right frontal lobe ต่อมาพบภาวะแทรกซ้อนเป็นแผลกดทับบริเวณก้นกบระดับรุนแรง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นเวลา 49 วัน ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น แต่ยังมีอาการสับสน ควบคุมพฤติกรรมไม่ได้ แขนซ้ายอ่อนแรง มีแผลเจาะคอ ใส่สายให้อาหารทางสายยาง และใส่สายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยถูกจำแนกเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูง จึงได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากนั้นได้มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ การรับรู้ปกติ ทำตามคำสั่งได้ ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ลุกนั่งได้เอง รับประทานอาหารเองได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับมีขนาดเล็กลง

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคเลือดออกในสมอง, ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในชุมชน

ABSTRACT

This study is a case study aimed at developing the capacity of caregivers and family members to provide correct, safe, and continuous care for patients. The study applied Dorothea Orem's nursing theory together with the concept of bedridden patient care in managing a patient with intracerebral hemorrhage who had a high level of dependency in the community. The patient was selected from the Continuity of Care (COC) follow-up system, and one patient with complicated problems from Pattaya Bhattamakun Hospital was included in the study. Patient assessment was conducted using Gordon's Functional Health Patterns (11 patterns) and the Barthel ADL Index. Nursing care was implemented using the nursing process together with the concept of home-based patient care to assess problems, plan interventions, implement care, and evaluate outcomes while adjusting the care plan according to the patient's condition.

The results showed that the patient was a 52-year-old woman who experienced a motorcycle accident on August 5, 2025. She had decreased consciousness and required endotracheal intubation, followed by a tracheostomy. She was diagnosed with epidural hematoma in the right frontal lobe. Later, a severe pressure ulcer developed at the coccyx area. The patient was hospitalized for 49 days before being discharged home. At discharge, her level of consciousness had improved but she still had confusion and

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพัทยาปัทมคุณ

poor behavioral control, left arm weakness, a tracheostomy wound, a nasogastric feeding tube, and a urinary catheter. She was classified as a highly dependent patient and was referred to the home Continuity of Care system. A care plan was developed and regular home visits were conducted. The patient gradually improved: cognitive function returned to normal, she was able to follow commands, became more independent in self-care, could sit up independently, eat by herself, had no further complications, and the pressure ulcer decreased in size.

Keywords: Nursing, Intracerebral Hemorrhage, Highly Dependent Patients in the Community.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จัดเป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขระดับโลกที่มีความรุนแรงและมีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO, 2022) ระบุว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นกว่า 12.2 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตสูงถึง 6.5 ล้านคน โดยค่าเฉลี่ยความเสี่ยงของการเกิดโรคตลอดช่วงชีวิตในประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปี เพิ่มสูงขึ้นเป็น 1 ใน 4 คน (ร้อยละ 25) นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 50 ล้านคนที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับความพิการสะสม ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาระโรค (Global Burden of Disease) และก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจในระดับมหาภาคอย่างมหาศาล[1]

สำหรับบริบทของประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นอุบัติการณ์ทางสุขภาพที่สำคัญ ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566 โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ของประชากรไทย (รองจากโรคมะเร็ง) และยังเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 1 ของความพิการถาวร โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ[2]

จากสถิติพบผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 349,000 รายต่อปี ซึ่งความรุนแรงของโรคมักเกิดขึ้นฉับพลันทั้งจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และภาวะหลอดเลือดสมองแตก หากผู้ป่วยไม่ได้รับวินิจฉัยและรักษาภายในระยะเวลาวิกฤต (Golden Period) จะนำไปสู่ความสูญเสียทางระบบประสาทที่ยากจะฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติได้[3]

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้จำกัดเพียงความบกพร่องทางกายภาพหรืออัมพฤกษ์อัมพาตเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบเชิงลึกต่อสภาวะทางจิตสังคม (Psychosocial) ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเผชิญกับภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง ความวิตกกังวล และความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองจากการที่ต้องเปลี่ยนสภาวะจากผู้พึ่งพาตนเองมาเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตประจำวัน ภาวะดังกล่าวนอกจากจะบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังครอบครัวและผู้ดูแลที่ต้องแบกรับภาระทั้งด้านการดูแลและค่าใช้จ่ายในระยะยาว ด้วยข้อจำกัดและความซับซ้อนของโรค แนวทางการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นการจัดการเชิงระบบที่ไร้รอยต่อ (Seamless Care) ตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) ไปจนถึงการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) ซึ่งยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และบูรณาการการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน[4]

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 สะท้อนวิกฤตการณ์ที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยมีอุบัติการณ์ในปี 2565

สูงถึง 330.72 ต่อแสนประชากร และพบจำนวนผู้ป่วยสะสมในปี 2566–2567 กว่า 3.5 แสนรายต่อปี แม้ระบบการรักษาจะได้รับการพัฒนา แต่อัตราการเสียชีวิตยังคงอยู่ในระดับวิกฤต โดยเฉพาะกลุ่มหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ที่มีอัตราตายสูงกว่าร้อยละ 20 นอกจากนี้ ผู้รอดชีวิตกว่าร้อยละ 60 ยังต้องเผชิญกับภาวะพิการหลงเหลือ (Residual Disability) ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) สภาวะทางอารมณ์ และบทบาทหน้าที่ในสังคม นำไปสู่ภาระทางเศรษฐศาสตร์ที่รุนแรง โดยมีต้นทุนรวมและต้นทุนทางอ้อม (Indirect Costs) เช่น การสูญเสียรายได้ของผู้ดูแลและการปรับปรุงที่พักอาศัย มูลค่าสูงถึง 150,000 ถึง 500,000 บาทต่อรายต่อปี[5]

ในฐานะพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานด้านเวชกรรม ได้ตระหนักถึงปัญหาเชิงซ้อนของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งหากขาดการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ หรือการกลับเป็นซ้ำของโรค จนถึงแก่ชีวิต ผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 1 ราย โดยมุ่งเน้นการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) ตั้งแต่ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อลดระดับความทุพพลภาพและบรรเทาภาระทางเศรษฐกิจสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง (Intercerebral hemorrhage) ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยมุ่งส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูงจากโรคเลือดออกในสมองที่บ้านอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในชุมชน

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา โดยศึกษาข้อมูลและปัญหาจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในระบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) และคัดเลือกผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองที่มีปัญหาซับซ้อนและต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 1 ราย หลังจากได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติในการนำข้อมูลมาใช้เพื่อการศึกษา ได้มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา การผ่าตัดและหัตถการ รวมทั้งประเมินสภาพร่างกาย ระบบประสาท การหายใจ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และสภาพแผลกดทับ ตลอดจนศึกษาผลการตรวจพิเศษและแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ผล CT brain การดูแลท่อเจาะคอ การให้อาหารทางสายยาง และการดูแลแผลกดทับ เพื่อใช้ประกอบการวางแผนการพยาบาล จากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย พร้อมทั้งดำเนินการพยาบาลตามแผนที่กำหนด ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และติดตามประเมินผลจากการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : หญิงไทยอายุ 52 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ปีที่ 3 สถานภาพสมรสคู่ อาชีพแม่บ้านในโรงแรม อาศัยอยู่ในอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ล้มเอง

อยู่ในภาวะรู้สึกตัวลดลงตั้งแต่ระยะเฉียบพลันต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน : ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ล้มเอง เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2568 ผล CT brain พบว่ามีเลือดออกในสมอง epidural hemorrhageร่วมกับ subdural hemorrhage และ subarachnoid hemorrhage ผู้ป่วยอยู่ในภาวะรู้สึกตัวลดลงตั้งแต่ระยะเฉียบพลันต้องใส่ท่อช่วยหายใจ นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นเวลา 49 วัน ได้รับการเจาะคอ และเกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบระดับรุนแรง ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น แต่ยังมีอาการสับสน ควบคุมพฤติกรรมไม่ได้ แขนซ้ายอ่อนแรง มีแผลเจาะคอ มีสายให้อาหารทางสายยาง ใส่สายสวนปัสสาวะ และมีแผลกดทับขนาดใหญ่บริเวณก้นกบขนาด 8x10 ซม.. ระดับ 4 ผู้ป่วยถูกจำแนกเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูง (กลุ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ได้) จึงได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of Care: COC)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติในครอบครัว : บิดา มารดา ยังมีชีวิตอยู่ ปฏิเสธโรคประจำตัว

การวินิจฉัยแรกรับ : epidural hematoma in right frontal lobe

ตารางที่ 1 แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะหายใจลำบากเนื่องจากมีเสมหะอุดตันในท่อเจาะคอ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหายใจลำบาก	1. ประเมินสัญญาณชีพทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน ได้แก่ อัตราการหายใจ ชีพจร อุณหภูมิ ความดันโลหิต และค่า O_2 saturation พร้อมเฝ้าระวังค่าเบี่ยงเบนจากเกณฑ์ปกติ ซึ่งอาจบ่งชี้ภาวะหายใจลำบาก การอุดกั้นทางเดินหายใจ หรือการติดเชื้อ 2. ดูดเสมหะด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อเมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น มีเสียงเสมหะ หายใจลำบาก หรือค่า O_2 saturation ลดลง พร้อมดูแลท่อเจาะคอให้อยู่ในตำแหน่งเหมาะสม ตรวจสอบความโล่งของท่อ และป้องกันการอุดตันของเสมหะ 3. จัดท่าศีรษะสูงประมาณ 30–45 องศา เพื่อส่งเสริมการขยายตัวของปอด ช่วยให้การหายใจสะดวก ลดการคั่งค้างของเสมหะ และลดความเสี่ยงต่อการสำลัก 4. ส่งเสริมการไออย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยเคาะปอดหรือทำกายภาพทรวงอกตามความเหมาะสม และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอ 5. ดูแลการให้ยาละลายเสมหะตามแผนการรักษา เช่น ยาพ่นหรือยารับประทาน พร้อมเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจและผลข้างเคียงของยา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BP 105/57 mmHg, PR 92 ครั้ง/นาที, RR 22 ครั้ง/นาที, BT 36.8°C) ไม่พบอาการหายใจลำบาก ค่า O_2 saturation 98% ทางเดินหายใจโล่ง และเสมหะสามารถดูดระบายออกได้ ไม่พบเสมหะเหนียวข้น.
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีแผลกดทับบริเวณก้นกบขนาด 7x7 ซม.ระดับ 3 **วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลกดทับ	1. ประเมินลักษณะแผลกดทับอย่างสม่ำเสมอ โดยพิจารณาขนาด ความลึก สีเนื้อเยื่อ ขอบแผล และสารคัดหลั่ง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณของการติดเชื้อ 2. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไข้ แผลบวม แดง ร้อน มีหนอง หรือมีกลิ่นผิดปกติ พร้อมติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถรายงานแพทย์และให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที 3. ทำความสะอาดแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ ล้างแผลด้วยสารละลายที่เหมาะสม เช่น NSS และเปลี่ยนวัสดุปิดแผลตามแผนการรักษา 4. ดูแลบริเวณแผลให้สะอาดและแห้ง ลดความอับชื้น และป้องกันการปนเปื้อนจากปัสสาวะหรืออุจจาระ ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 5. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง และจัดท่าที่เหมาะสม เพื่อลดแรงกดทับบริเวณแผลและส่งเสริมการไหลเวียนเลือด

ตารางที่ 1 แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
	ประเมินผลการพยาบาล ภายหลังการพยาบาลพบว่า แผลกดทับมีแนวโน้มดีขึ้น ไม่พบอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อบริเวณแผลไม่พบหนองหรือกลิ่นผิดปกติ ขอบแผลไม่บวมแดงร้อน ไม่พบเนื้อตายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยไม่แสดงอาการปวดเพิ่มขึ้น อุณหภูมิร่างกาย 36.8 °C และสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์คงที่ ไม่พบภาวะไข้หรือสัญญาณของการติดเชื้อในระบบ.
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีภาวะข้อศอกแขนซ้ายยึดติดและกล้ามเนื้อแขนซ้ายอ่อนแรง ระดับ2 **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ	1. ประเมินกำลังกล้ามเนื้อและช่วงการเคลื่อนไหวของข้อ (Range of Motion: ROM) ทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน เพื่อวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย 2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการบริหารข้อทั้งแบบ Passive และ Active-assisted อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 2–3 ครั้ง โดยเน้นการเคลื่อนไหวช้า นุ่มนวล และครบทุกช่วงการเคลื่อนไหวของข้อ เพื่อป้องกันการเกิดข้อยึดติด ลดความแข็งตึงของกล้ามเนื้อ และช่วยคงสภาพความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อรอบข้อ 3. แนะนำและช่วยจัดท่าทางผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เช่น การจัดแนวแขนขาให้อยู่ในตำแหน่งปกติ ไม่ปล่อยให้ข้ออยู่ในท่างอหรือเหยียดค้างนานเกินไป การใช้หมอนหรืออุปกรณ์รองรับข้อ เพื่อลดแรงกด ลดการเกร็ง และป้องกันการเกิด contracture 4. เสริมพลัง(Empowerment)ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการออกกำลังกาย **ประเมินผลการพยาบาล** ภายหลังการให้การพยาบาลและการส่งเสริมการบริหารข้ออย่างต่อเนื่อง พบว่าภาวะข้อยึดติดบริเวณข้อไหล่ซ้ายมีอาการดีขึ้น โดยสามารถเคลื่อนไหวได้ในช่วงที่เหมาะสม (Range of Motion) ไม่มีอาการปวดหรือความตึงรุนแรงขณะเคลื่อนไหว แม้ยังคงมีภาวะแขนซ้ายอ่อนแรง (Motor Power Grade 2) แต่ไม่พบการหดรั้งของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้เองสะท้อนถึงพัฒนาการในการควบคุมการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้นและประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากใส่สายสวนปัสสาวะ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	1. ประเมินอุณหภูมิร่างกาย ลักษณะปัสสาวะ (สี กลิ่น ความใส) และสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวดท้องน้อย หรือปัสสาวะแสบขัด อย่างสม่ำเสมอ 2. ตรวจสอบการเชื่อมต่อของสายสวนปัสสาวะให้แน่น ไม่ให้หลุดหรือรั่ว และหลีกเลี่ยงการเปิดระบบโดยไม่จำเป็น เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 3. ดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ (perineal care) อย่างน้อยวันละ 1–2 ครั้ง และหลังการขับถ่าย โดยใช้เทคนิคสะอาด (clean technique) 4. วางถุงรองรับปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ และไม่ให้ถุงสัมผัสพื้น เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 5. ตรวจสอบสายสวนปัสสาวะไม่ให้หัก พับ งอ หรืออุดตัน และบันทึกปริมาณปัสสาวะตามแผนการดูแล **ประเมินผลการพยาบาล** จากการประเมินภายหลังการพยาบาล ผู้ป่วยไม่พบอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ไม่มีไข้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BT 36.8°C, PR 92 ครั้ง/นาที, RR 22 ครั้ง/นาที, BP 105/57 mmHg) ปัสสาวะไม่ขุ่น ไม่มีกลิ่นผิดปกติ และบริเวณรอบสายสวนไม่พบรอยแดง บวม หรือสารคัดหลั่ง.
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เนื่องจากมีอาการสับสนและแขนซ้ายอ่อนแรง **วัตถุประสงค์การพยาบาล**	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการสับสน การรับรู้ และความสามารถในการเคลื่อนไหว เพื่อกำหนดระดับการเฝ้าระวังที่เหมาะสม 2. ติดตามอาการสับสนหรืออ่อนแรงที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม 3. จัดเตียงให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ล็อคล้อเตียง และยกกั้นราวเตียงทุกครั้งเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มและลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แสดงข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรรมการพยาบาล
เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มและลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วย	4. ช่วยเหลือหรือพยุงผู้ป่วยขณะลุก นั่ง หรือเคลื่อนย้าย และหลีกเลี่ยงการปล่อยให้ผู้ป่วยลุกขึ้นเองตามลำพัง เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม 5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม เช่น การใช้ราวกั้นเตียง การพยุงเดิน และการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย 6. ใช้อุปกรณ์ช่วยลดความเสี่ยงเช่น ราวกั้นเตียง สัญญาณเรียก เตียงปรับระดับ **ประเมินผลการพยาบาล** จากการติดตามประเมินผลภายหลังให้การพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มหรือการบาดเจ็บเพิ่มเติม แม้ยังมีอาการสับสนเป็นบางช่วง แต่สามารถดูแลเฝ้าระวังได้อย่างเหมาะสมและไม่พบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้ม
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ดูแลวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างถูกต้อง และมีระดับความวิตกกังวลลดลง	1.ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแล สังเกตสีหน้า พฤติกรรม น้ำเสียง และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึก ความกังวล หรือปัญหาที่พบในการดูแล 2.รับฟังผู้ดูแลอย่างตั้งใจ แสดงความเข้าใจ และให้กำลังใจ เพื่อลดความรู้สึกกังวล และเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3.อธิบายเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาและหลักการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 4.สอนและสาธิตทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลท่อเจาะคอ การดูดเสมหะ การทำแผลกดทับ การพลิกตะแคงตัว และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 5.ให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติจริง (return demonstration) พร้อมประเมินความถูกต้อง แก้ไขข้อผิดพลาด และเสริมแรงเชิงบวกเพื่อเพิ่มความมั่นใจ 6.แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติและสัญญาณอันตราย เช่น หายใจลำบาก ไข้สูง ซึมลง แผลมีกลิ่นหรือมีหนอง และปัสสาวะผิดปกติ พร้อมทั้งแนะนำแนวทางการติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน **ประเมินผลการพยาบาล** ภายหลังการให้การพยาบาลและการติดตามอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ดูแลมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างชัดเจน สีหน้าและพฤติกรรมแสดงถึงความผ่อนคลายมากขึ้น สามารถปฏิบัติทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลท่อเจาะคอ การดูดเสมหะ การทำแผล และการพลิกตะแคงตัวได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากขาดความรู้ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	1.ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วตามแผนการรักษาและติดตามอาการแสดงของภาวะน้ำตาลสูง เช่นกระหายน้ำมาก ปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว 2.ตรวจสอบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดเน้นย้ำไม่หยุดยาเองและเฝ้าระวังผลข้างเคียง 3.ให้คำแนะนำเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ลดอาหารหวานจัด จำกัดคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว งดเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล รับประทานอาหารให้เป็นเวลา 4.การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ติดตามอาการเสี่ยง เช่น แผลหายช้า ติดเชื้อง่าย 5.การให้ความรู้ผู้ดูแล/ญาติ เกี่ยวกับ อาการน้ำตาลสูง วิธีตรวจ และการจัดอาหาร **ประเมินผลการพยาบาล** ภายหลังการติดตามพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ (FBS 139 mg/dl, หลังอาหาร 110 mg/dl) และไม่พบอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

สรุปและอภิปราย

การศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงอายุ 52 ปี ที่มีภาวะเลือดออกในสมอง (Epidural Hematoma) ร่วมกับภาวะพึ่งพิงสูงในชุมชนครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการจัดการรายกรณี

(Case Management) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรค จากผลการศึกษา พบว่าการวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง การประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการติดตามการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว[6]

ข้อเสนอแนะ

1.ควรพัฒนาศักยภาพของญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมอง เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ยาที่ใช้ อาหาร การป้องกันการสำลัก และการจัดการภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการมีเครือข่ายที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ในกรณีฉุกเฉิน

2.การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการเชื่อมโยงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองระยะยาว เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al.(2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. Int J Stroke. 2022;17(1):18-29.
2. สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย.(2566). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย; 2566.
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2565). แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. Ubatkarn S.(2023). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2023;39(2):90-97.5. สถาบันประสาทวิทยา. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองและภาระทางเศรษฐศาสตร์ประเทศไทย พ.ศ. 2565-2567.กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2567.
6. สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพแห่งประเทศไทย.(2015). ต้นทุนการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารเวชศาสตร์ฟื้นฟู.2015;26(3):120-130.

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกุลา อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

Effects of a Motivation-Enhancing Program on Dietary Behaviors and Blood Glucose Levels among Patients with Uncontrolled Diabetes Mellitus at Thung Kula Sub-district Health Promoting Hospital, Tha Tum District, Surin Province.

(Received: March 16,2026 ; Revised: March 26,2026 ; Accepted: March 268,2026)

บุญเลิศ อินทร์งาม[1]
Boonlert Inngam[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 ราย และกลุ่มควบคุม 24 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบบันทึกการวัดระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test และ Mann–Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างระหว่างกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.331$) ในขณะที่ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p = 0.005$) และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.010$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare dietary consumption behavior and blood glucose levels among patients with poorly controlled diabetes before and after participation in a motivational program, and between an intervention group and a control group receiving usual care. The sample consisted of 48 patients with poorly controlled diabetes, who were assigned to an experimental group (n = 24) and a control group (n = 24). The experimental group participated in an 8-week motivational program designed to prevent diabetes-related complications. Data were collected using a demographic questionnaire, a dietary consumption behavior questionnaire, and a blood glucose recording form. Data were analyzed using the Wilcoxon signed-rank test and the Mann–Whitney U test.

The results showed that after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores of dietary consumption behavior compared with baseline ($p = 0.001$). However, the difference between the experimental and control groups was not statistically significant ($p = 0.331$). In addition, fasting blood glucose levels in the experimental group significantly decreased compared with baseline ($p = 0.005$) and were significantly lower than those in the control group ($p = 0.010$).

Keywords: dietary consumption behavior, blood glucose level, uncontrolled diabetes, motivational program

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกุลา อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

บทนำ

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) โดยเฉพาะโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ได้กลายเป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ ระบุว่ามีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกป่วยเป็นโรคเบาหวานสูงถึง 537 ล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มเป็น 783 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2588 ซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์ในประเทศไทยที่พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 3 แสนคน โดยในปี พ.ศ. 2567 มียอดผู้ป่วยสะสมรวมกว่า 3.3 ล้านคน สะท้อนถึงภาระโรคที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีแนวทางการรักษาตามมาตรฐานของ American Diabetes Association[2] และแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทย[3] แต่สัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ (HbA1c < 7%) ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 40 ตามเป้าหมายนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567 ปัญหาที่น่ากังวลยิ่งกว่าจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานได้ ซึ่งเป็นปัจจัยต้นเหตุที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอันตราย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะไตวายเรื้อรัง และการสูญเสียการมองเห็น ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และสร้างภาระทางเศรษฐกิจแก่ระบบสาธารณสุขไทยเป็นอย่างมาก[4]

สำหรับสถานการณ์ในระดับพื้นที่ จังหวัดสุรินทร์พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในช่วงปี 2564–2567 อยู่ระหว่างร้อยละ 35–37 เท่านั้น และมีแนวโน้มลดลงในบางพื้นที่ โดยอำเภอท่าตูมพบว่าสัดส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีลดลงจากร้อยละ 42.76 ในปี 2564 เหลือเพียงร้อยละ 32.22 ในปี 2567 ขณะที่ตำบลทุ่งกุลา อำเภอท่าตูม มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 40.76 เหลือร้อยละ 31.95 ในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายระดับประเทศอย่างชัดเจน[5] นอกจากนี้ ข้อมูลการสำรวจภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานตำบลทุ่งกุลา ปี 2567 พบภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดร้อยละ 4.13 ภาวะจอประสาทตาเสื่อมร้อยละ 7.11 ภาวะไตเสื่อมร้อยละ 3.66 และภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมร้อยละ 4.11[6] แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ภาระค่าใช้จ่าย และความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครัวเรือน[7]

การควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้อยู่ที่การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว แต่อยู่ที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร ซึ่งเป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่ทำได้ยากที่สุดในวิถีชีวิตจริง การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนได้ หากปราศจาก "แรงจูงใจ" (Motivation) ที่แข็งแรงพอ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ผสมผสานการให้ความรู้ การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy–based interventions) สามารถลดค่า HbA1c ได้เฉลี่ยประมาณ 0.5–1.0% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและทางคลินิก โดยเฉพาะโปรแกรมที่ใช้แนวคิดพฤติกรรมศาสตร์ร่วมกับการติดตามต่อเนื่อง[7,8] การลดระดับ HbA1c ลงเพียง 1% มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็กอย่างมีนัยสำคัญ โดยข้อมูลจากการศึกษา UKPDS รายงานว่าสามารถลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดได้ประมาณร้อยละ 35–37[9] ซึ่งตอกย้ำความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) ของ Rogers[10] เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนพฤติกรรม โดยทฤษฎีนี้มุ่งเน้นการสร้างกระบวนการรับรู้ 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ซึ่งจะเป็นพลังขับเคลื่อนภายในที่ผลักดันให้บุคคลตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันอันตรายจากโรค

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจตามกรอบ PMT ร่วมกับการใช้ตัวแบบในชุมชน ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทปฐมภูมิ และสามารถขยายผลสู่พื้นที่ชนบทอื่นได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest–posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกุลา และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนครก อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ขึ้นทะเบียนรับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกุลา เป็นพื้นที่กลุ่มทดลอง และพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนครก เป็นพื้นที่กลุ่มควบคุม โดยมีเกณฑ์และคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยดังนี้

1) อายุระหว่าง 35–59 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ มีค่า FBS ≥ 130 mg/dL ติดต่อกันอย่างน้อย 3 ครั้งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคเบาหวานตามการประเมินของพยาบาลวิชาชีพ

3) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาโครงการ

และกำหนดเกณฑ์ในการคัดออก คือ เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยอินซูลิน หรือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามกำหนด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .90 ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) คำนวณจากงานวิจัยของ สุขปราณี นรารมย์ [11] ซึ่งศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยรายงานค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อนำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Cohen's d)[12] ได้ค่าเท่ากับ 0.95 ซึ่งจัดเป็นขนาดอิทธิพลระดับสูง จากตารางอำนาจการทดสอบ กำหนดจำนวนตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 20 ราย และเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 ราย รวมทั้งสิ้น 48 ราย

วิธีการสุ่มและการจัดกลุ่ม

1) การวิจัยครั้งนี้ใช้การจัดกลุ่มในระดับหน่วยบริการ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล (Contamination) ระหว่างกลุ่มศึกษา โดยกำหนดให้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกุลาเป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนครก เป็นกลุ่มควบคุม เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง ที่มีลักษณะการให้บริการระดับเดียวกัน จำนวนผู้ป่วยเบาหวานใกล้เคียงกัน และมีบริบทชุมชนคล้ายคลึงกัน

2) ภายหลังการกำหนดกลุ่มในระดับหน่วยบริการแล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และขึ้นทะเบียนรับบริการในแต่ละหน่วยบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการสุ่มอย่างง่าย จนครบกลุ่มละ 24 ราย รวมทั้งสิ้น 48 ราย

กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจตามกรอบทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับการดูแลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจและสื่อสนับสนุนการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers [10] ซึ่งมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านกระบวนการรับรู้และการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค เครื่องมือประกอบด้วย

1.1) โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โปรแกรมดังกล่าวพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers [10] ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (2) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (3) การเสริมสร้างความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร (4) การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารโปรแกรมดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

1.2) คู่มือการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยพัฒนาคู่มือการบริโภคอาหารจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับหลักการนับคาร์โบไฮเดรต การวางแผนมื้ออาหาร การจัดสัดส่วนอาหารในแต่ละมื้อ และแบบบันทึกเมนูอาหารประจำวัน เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน คู่มือดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

1.3) สื่อและวัสดุอุปกรณ์ประกอบโปรแกรม สื่อที่ใช้ในโปรแกรมประกอบด้วยสไลด์การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน วิดีทัศน์เกี่ยวกับผลกระทบและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และโมเดลอาหารสำหรับใช้ประกอบการสาธิตการจัดสัดส่วนอาหารในแต่ละมื้อ

1.4) เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) ใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา รุ่น Accu-Chek Performa ซึ่งเป็นเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ระดับน้ำตาลในเลือดตามมาตรฐานของสภาเทคนิคการแพทย์

1.5) ตัวแบบด้านลบ (Negative Role Model) ตัวแบบด้านลบเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อถ่ายทอดประสบการณ์จริงแก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ตัวแบบดังกล่าวได้รับการคัดเลือกและคัดกรองโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

1.6) ตัวแบบด้านบวก (Positive Role Model) ตัวแบบด้านบวกเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่

สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเป็นต้นแบบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตัวแบบดังกล่าวได้รับการคัดเลือกโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในพื้นที่เช่นเดียวกัน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ และข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ แบบสอบถามดังกล่าวพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน โดยประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ซึ่งมีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 20–80 คะแนน โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ตามวิธีการคำนวณอันตรภาคชั้น ได้แก่

60.0–80.0 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดี

41.0–59.9 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับปานกลาง

20.0–40.9 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด เป็นแบบบันทึกข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อใช้เปรียบเทียบระดับน้ำตาลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทั้งด้านความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ ผลการประเมินพบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.96 และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดมีค่า CVI เท่ากับ 1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 10 ราย จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

3. เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา ได้มีการตรวจสอบความแม่นยำของเครื่องมือโดยเปรียบเทียบผลการตรวจวัดกับเครื่องวิเคราะห์ทางชีวเคมี

ขั้นตอนการดำเนินการ

โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ของ Rogers (1986)[10] เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (สัปดาห์ที่ 1–2)ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น โรคไตเบาหวานขึ้นตา โรคหลอดเลือดหัวใจ และแผลที่เท้า โดยใช้สื่อการสอน ได้แก่ สไลด์ วีดิทัศน์ และภาพประกอบ เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน

ขั้นตอนที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (สัปดาห์ที่ 3–4) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง รวมถึงการรับประทานอาหารในปริมาณเกินความต้องการของร่างกาย พร้อมทั้งนำเสนอข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมแต่ละราย เพื่อให้เกิดการตระหนักถึงความเสี่ยงของตนเอง และกระตุ้นให้เกิดความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างความคาดหวังในผลดีของการปรับพฤติกรรม (สัปดาห์ที่ 5–6) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การนับคาร์โบไฮเดรต การจัดสัดส่วนอาหาร และการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม พร้อมทั้งสาธิตการจัดเมนูอาหารในแต่ละมื้อ และฝึกปฏิบัติการวางแผนมื้ออาหารร่วมกัน โดยใช้คู่มือการบริโภคอาหารที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมตระหนักถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (สัปดาห์ที่ 7–8) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยใช้ตัวแบบ (Role Model) ทั้งด้านบวกและด้านลบ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยตัวแบบด้านลบเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ส่วนตัวแบบด้านบวกเป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีและมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับการสนับสนุนให้ตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง พร้อมทั้งบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวัน เพื่อใช้ในการติดตามผลและเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยดำเนินการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย Kolmogorov–Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test สำหรับการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม และใช้สถิติ Mann–Whitney U test สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

จริยธรรมการวิจัย

เค้าโครงวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA No.104/2567 วันที่ 20 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1) คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย

59.8 ± 8.4 ปี และกลุ่มควบคุม 60.3 ± 7.9 ปี โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.3 และ 54.2 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 58.3 ในกลุ่มทดลองและ 54.2 ในกลุ่มควบคุม) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 50.0 และ 45.8 ตามลำดับ) ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5–10 ปี (ร้อยละ 41.7 และ 45.8) ด้านภาวะโภชนาการ พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 kg/m²) คิดเป็นร้อยละ 41.7 ในทั้งสองกลุ่ม และประมาณครึ่งหนึ่งมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (ร้อยละ 54.2 และ 50.0 ตามลำดับ) ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน โดยส่วนใหญ่ได้รับยา 2 ชนิด (ร้อยละ 45.8 ในกลุ่มทดลอง และ 50.0 ในกลุ่มควบคุม)

2) ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลองภายในแต่ละกลุ่ม ภายในกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .001) และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .005) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองตัวแปร รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลองภายในแต่ละกลุ่ม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=24) Mean ± SD			กลุ่มควบคุม (n=24) Mean ± SD		
	ก่อน	หลัง	p-value	ก่อน	หลัง	p-value
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (คะแนน)	53.13 ± 3.86	60.71 ± 8.44	.001	54.29 ± 4.99	54.63 ± 4.03	.412
ระดับน้ำตาลในเลือด FBS (mg/dl)	166.96 ± 6.74	146.79 ± 7.55	.005	160.91 ± 3.77	166.08 ± 7.33	.221

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย Wilcoxon signed-rank test

3) ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ไม่พบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (p = .331) และระดับน้ำตาลในเลือด (p = .765) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตามภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .008) และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .010) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	**กลุ่มทดลอง Mean ± SD**	**กลุ่มควบคุม Mean ± SD**	**p-value**
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร			
ก่อนการทดลอง	53.13 ± 3.86	54.29 ± 4.99	.331
หลังการทดลอง	60.71 ± 8.44	54.63 ± 4.03	.008
ระดับน้ำตาลในเลือด FBS (mg/dl)			
ก่อนการทดลอง	166.96 ± 6.74	160.91 ± 3.77	.765

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย Mann–Whitney U test

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง รวมทั้งมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิผล การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดสามารถอธิบายได้จากกลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรม โดยโปรแกรมได้เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน การเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลตนเองช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เช่น การลดการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง การควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรต และการเพิ่มกิจกรรมทางกาย ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง[7]

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวยังส่งผลต่อกลไกทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยเพิ่มความไวต่ออินซูลิน (Insulin sensitivity) และช่วยเพิ่มการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อผ่านการทำงานของตัวขนส่งกลูโคสชนิด GLUT-4 ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง[4] นอกจากนี้ การควบคุมอาหารโดยลดการบริโภคคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวและน้ำตาลยังช่วยลดการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลหลังมื้ออาหาร และลดภาระการทำงานของอินซูลิน ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีประสิทธิภาพมากขึ้น[8] เมื่อพิจารณาในภาพรวม โปรแกรมสามารถอธิบายกลไกการทำงานผ่านกระบวนการเชื่อมโยงระหว่างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางเมตาบอลิซึม กล่าวคือ โปรแกรมช่วยเพิ่มความรู้และทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลต่อกระบวนการทางสรีรวิทยา เช่น การเพิ่มความไวต่ออินซูลิน การเพิ่มการใช้กลูโคสของเนื้อเยื่อ และการลดการสร้างกลูโคสจากตับ ซึ่งท้ายที่สุดนำไปสู่การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[13,14,15,16,17] ที่รายงานว่าโปรแกรมการให้ความรู้และการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสามารถช่วยปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพและลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าโปรแกรมการศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Self-Management Education: DSME) สามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญ[7] ในบริบทของประเทศไทย งานวิจัยหลายการศึกษาพบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองและการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การศึกษาของปริศนา อัครธนพล[4] พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองสามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของชนันพร มงคลรังสฤษฎ์[13] ที่รายงานว่าโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองสามารถช่วยปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพและช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้

ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนแนวคิดที่ว่าการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านโปรแกรมการให้ความรู้และการพัฒนาทักษะการดูแลตนเองสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเองและเพิ่มประสิทธิภาพของการควบคุมโรคเบาหวานในระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเน้นการให้ความรู้ด้านโภชนาการ การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคในระยะยาว

2. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในระดับชุมชน โดยบูรณาการการทำงานร่วมกันของบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1.International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 10 th ed. Brussels, Belgium: IDF; 2023.

2.American Diabetes Association. Standards of care in diabetes—2024. Diabetes Care. 2024;47:S1–S350.

3.ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์; 2566.

4.Akaratanapol P. Factors Predicting Glycemic Control Behaviors among Patients with Uncontrolled Diabetes Mellitus in Samutprakarn Province. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2025;35(3):48-62.

5.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. รายงานสรุปผลการดำเนินงานผ่านระบบ Health Data Center (HDC) ปี 2564-2567. สุรินทร์: กลุ่มงานยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์; 2567.

6.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกุลา. รายงานสรุปผลการสำรวจภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ประจำปี 2567 (ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2567). สุรินทร์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกุลา; 2567.

7.Chrvala CA, Sherr D, Lipman RD. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. Patient Educ Couns. 2016;99(6):926-43.

8.Powers MA, Bardsley JK, Cypress M, Funnell MM, Harms D, Hess-Fischl A, et al. Diabetes Self-management Education and Support in Adults with Type 2 Diabetes: A Consensus Report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care and Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy of Family Physicians, the American Academy of PAs, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association. J Am Assoc Nurse Pract. 2020;33(12):1314-31.

9.UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Lancet. 1998;352(9131):837-53.

10.Rogers RW. Protection Motivation Theory. Health Education Research Theory and Practice. 1986;1(3):153-61.

11.สุขปราณี นรารมย์. การประยุกต์ทฤษฎีจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินในตำบลหนองตูม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2552;6(2):43-53.

12.Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavior Sciences. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associate; 1988.

13.ชนันพร มงคลรังสฤษฏ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสะพานดำ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน. 2567;34(2):34–45.

14.ทรัพย์ทวี พวงคต. ผลของโปรแกรมการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมลำโดมใหญ่ ตำบลโพนงาม อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2567;9(6):614–22.

15.พลอย ทรัพย์ไพบูลย์กิจ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, เดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2564;48(4 (ต.ค.-ธ.ค. 2564)):80-92.

16.ภคภณ แสนเตชะ, ประจวบ แหลมหลัก. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสุขศึกษา. 2563;40(3):150-64.

17.อารยา ฉัตรธนะพานิช, โชติมณี เรืองกลิ่น. ผลของการใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ในเขตตำบลเชียงยืน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;3(3):321-31.

การพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of grocery stores quality for monitoring medicines and health products in the community (G-RDU) in Kalasin Province.

(Received: March 21,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

ปริญญา กองกาย[1]
Parinya Kongkai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์และพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้านชำที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1,258 ร้าน มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 ถึง เดือนกันยายน 2568 รวม 12 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t – test ในการเปรียบเทียบผลการพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย: พบว่า การพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 1) การเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์มี พบว่า ร้านชำคุณภาพที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 1,258 ร้าน โดยอำเภอที่เข้าร่วมมากที่สุด คือ อำเภอกุฉินารายณ์ รองลงมาคือ อำเภอเมือง และอำเภอสมเด็จ ตามลำดับ (ร้อยละ 22.66 , 21.14 และ 14.86 ตามลำดับ) 2) การเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ และความมั่นใจของผู้บริโภคและชุมชนเมื่อใช้บริการ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ 3) ผลการตรวจประเมินความปลอดภัยของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ พบว่า ผ่านผ่านเกณฑ์ประเมิน G-RDU ร้อยละ 89.43 และ ผ่านเกณฑ์ประเมิน G-RDU Plus ร้อยละ 18.20

คำสำคัญ: การพัฒนาร้านชำคุณภาพ

Abstract

This study employed a Participatory Action Research (PAR) approach to examine the situation of community grocery stores participating in the surveillance of medicines and health products (G-RDU) in Kalasin Province and to develop a model for improving the quality of grocery stores in monitoring medicines and health products in the community. The study samples consisted of 1,258 grocery stores that voluntarily participated in the community-based medicine and health product surveillance program (G-RDU) in Kalasin Province. The study was conducted over a 12-month period from October 2024 to September 2025. Both quantitative and qualitative data were collected. Data analysis included content analysis, frequency, percentage, mean, and standard deviation. A Dependent t-test was used to compare the outcomes of the development of quality grocery stores in the surveillance of medicines and health products in the community (G-RDU).

Results: The findings revealed that the development of quality grocery stores for community-based surveillance of medicines and health products (G-RDU) in Kalasin Province consisted of the following results. First, a total of 1,258 grocery stores voluntarily participated in the project. The district with the highest participation was Kuchinarai District, followed by Mueang Kalasin District and Somdet District, accounting for 22.66%, 21.14%, and 14.86%, respectively. Second, the comparison of health product literacy among grocery store operators and the confidence of consumers and community members before and after the intervention showed statistically significant differences at the .05 level. The mean scores after the intervention were higher than those before the

implementation. Third, the results of the safety assessment of medicines and health products in grocery stores showed that 89.43% of the stores met the G-RDU evaluation criteria, while 18.20% met the G-RDU Plus criteria. These findings indicate that the development of community grocery stores as partners in monitoring medicines and health products can enhance health product literacy among store operators and increase consumer confidence, contributing to safer access to medicines and health products within the community.

Keywords: Development of grocery stores

บทนำ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข (2560 - 2579) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ซึ่งระยะที่ 3 ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2569 เป็นช่วงของการเสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับระบบสุขภาพให้มีคุณภาพและยั่งยืน กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection: PP&P Excellence) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) โดยได้พิจารณาความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทประเด็นที่ 16 ด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งมุ่งเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชน การลดปัจจัยเสี่ยง และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ควบคู่กับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและกำกับควบคุมยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพหนึ่งในประเด็นสำคัญของระยะนี้ คือ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมระดับชุมชน การบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง การป้องกันการจำหน่ายและการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยหรือเกินจริง รวมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชนในการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ อันจะช่วยลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชน เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสนับสนุนการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุสมผล ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในระดับพื้นที่และชุมชนอย่างยั่งยืน[1]

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสำคัญมุ่งคุ้มครองผู้บริโภคและลดความเสี่ยงจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ปลอดภัย เนื่องจากประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้จากหลายแหล่ง ทั้งสถานบริการสาธารณสุข ร้านยา ร้านชำ และช่องทางการจำหน่ายอื่น ๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาการจำหน่ายยาที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย การโฆษณาเกินจริง และการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผล กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พัฒนาระบบการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ เช่น หน่วยงานสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เพื่อร่วมกันตรวจสอบ แจ้งเตือน และจัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างเป็นระบบ อันจะนำไปสู่การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เพิ่มความปลอดภัยด้านสุขภาพ และเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน[2] การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use: RDU) ได้ขยายจากระดับสถานบริการสุขภาพสู่ระดับชุมชน ภายใต้แนวทาง ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (Grocery store-Rational Drug Use, G-RDU) เพื่อควบคุมและกำกับดูแลการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำและร้านค้าชุมชนให้มีความถูกต้องปลอดภัย และเหมาะสม ผ่านการจัดทำแนวทางและหลักเกณฑ์การจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพใน

ชุมชน การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการร้านชำให้มีความรู้ความเข้าใจด้านกฎหมายและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล การเฝ้าระวังและป้องกันการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมหรือผิดกฎหมาย รวมถึงการประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อสร้างระบบเฝ้าระวังเชิงรุก อันนำไปสู่การคุ้มครองผู้บริโภคและการใช้ยาอย่างปลอดภัยในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน[3] ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) เป็นหน่วยงานวิชาการที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับประเทศและระดับชุมชน โดยทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางด้านองค์ความรู้ การวิจัย และการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน คคส. มีบทบาทในการพัฒนาแนวคิด รูปแบบ และเครื่องมือการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน อาทิ การพัฒนาเกณฑ์ประเมินร้านชำคุณภาพ การจัดทำคู่มือ แนวทาง และสื่อความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) การเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) เป็นกลไกสำคัญของระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่มุ่งส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ควบคู่กับการป้องกันปัญหาการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องหรือผิดกฎหมายในระดับชุมชน โดยเฉพาะในบริบทของร้านชำหรือร้านค้าชุมชนซึ่งเป็นแหล่งเข้าถึงยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชน การดำเนินงาน G-RDU มีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้ยาผิดประเภท การใช้ยาเกินความจำเป็น และการได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน อันอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนในระยะยาว[4] สอดคล้องกับการศึกษาของ[5] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ : กรณีศึกษา ตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดวัดจันทบุรี พบว่า ร้านชำมีการจำหน่ายยาลดลง และมีระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ[6] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความระดับความรู้ยาในร้านชำมากขึ้น ร้านชำมีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมลดลง

จากผลการสำรวจจร้านชำจำนวน 8,242 ร้าน พบว่ามีร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ประเมินร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU) จำนวน 2,877 ร้าน (34.9%) และร้านชำที่ผ่านเกณฑ์ประเมินร้านชำคุณภาพประเภทผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัย (G-SHP) จำนวน 2,296 ร้าน (27.9%) โดยจากการสำรวจพบร้านช้านชำมีการจำหน่ายยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพร อาหาร และเครื่องสำอางที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายกระจายในแต่ละพื้นที่เขตสุขภาพ นอกจากนี้พบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำโดยเฉลี่ย คือ ร้อยละ 88.82 และ 17.62 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์การผ่านมาตรฐานคือมากกกว่า 90 คะแนนขึ้นไป[7] ในปี 2568 จังหวัดกาฬสินธุ์ มีจำนวนร้านชำคุณภาพที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 1,258 ร้าน โดยอำเภอที่เข้าร่วมมากที่สุด คือ อำเภอกุฉินารายณ์ และอำเภอที่มีการเข้าร่วมน้อยที่สุด คือ หนองกุงศรี และห้วยเม็ก[8] พบความแตกต่างด้านความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานของผู้ประกอบการร้านชา ส่งผลให้การเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภคยังไม่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษา จึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อยกระดับศักยภาพผู้ประกอบการร้านชำ เสริมสร้างระบบเฝ้าระวังยา

และผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน และสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และใช้ได้อย่างสมเหตุสมผลอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาการพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์
4. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา การพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 ถึง เดือนกันยายน 2568 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ได้แก่ ร้านชำในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1,533 ร้าน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้านชำที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1,258 ร้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม คือ การพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1.1 การศึกษาสถานการณ์ร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 การกำหนดกิจกรรมการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกันกับร้านชำที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

1.3 การดำเนินการกิจกรรมการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

1.4 การทบทวน และปรับปรุง กิจกรรมการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกันกับร้านชำที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

1.5 การดำเนินการตามกิจกรรมการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกันกับร้านชำที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

1.6 การสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกันกับร้านชำที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[9]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

2.2 แบบประเมินความปลอดภัยของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ

2.3 แบบประเมินความมั่นใจ ของผู้บริโภคและชุมชนเมื่อใช้บริการ เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความมั่นใจของผู้บริโภคและชุมชนเมื่อใช้บริการ อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความมั่นใจของผู้บริโภคและชุมชนเมื่อใช้บริการ อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความมั่นใจของผู้บริโภคและชุมชนเมื่อใช้บริการ อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความมั่นใจของผู้บริโภคและชุมชนเมื่อใช้บริการ อยู่ระดับน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความมั่นใจของผู้บริโภคและชุมชนเมื่อใช้บริการ อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความมั่นใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความมั่นใจมาก
2.61 – 3.40	มีความมั่นใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความมั่นใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความมั่นใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .899

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

2. จัดทำร่างการพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

3. จัดทำคำขอรับรองจริยธรรมการวิจัยการพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การศึกษาสถานการณ์ร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

5. การกำหนดกิจกรรมการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกันกับร้านชำที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

6. การดำเนินการกิจกรรมการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

7. การทบทวน และปรับปรุง กิจกรรมการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU)

จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกันกับร้านชำที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

8. การดำเนินการตามกิจกรรมการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกันกับร้านชำที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

9. การสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกันกับร้านชำที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ การพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

2.2 สถิติอนุมาน ได้แก่ การเปรียบเทียบ ผลการพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษา เรื่อง การพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. การเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์มีเป้าหมายในการสำรวจร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ร้านชำคุณภาพที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 1,258 ร้าน โดยอำเภอที่เข้าร่วมมากที่สุด คือ อำเภอกุฉินารายณ์ รองลงมาคือ อำเภอเมือง และอำเภอสมเด็จ ตามลำดับ (ร้อยละ 22.66 , 21.14 และ 14.86 ตามลำดับ) ระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ก่อนดำเนินการ และระดับความมั่นใจ ของผู้บริโภคและชุมชนเมื่อใช้บริการ ก่อนดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และอำเภอที่แตกต่างกัน ก่อนดำเนินการ ระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ก่อนดำเนินการ และระดับความมั่นใจ ของผู้บริโภคและชุมชนเมื่อใช้บริการ ไม่มีความแตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ และความมั่นใจของผู้บริโภคและชุมชนเมื่อใช้บริการ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการดำเนินงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการ

3. ผลการตรวจประเมินความปลอดภัยของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ พบว่า ผ่านผ่านเกณฑ์ประเมิน G-RDU ร้อยละ 89.43 และ ผ่านเกณฑ์ประเมิน G-RDU Plus ร้อยละ 18.20

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า เป้าหมายในการสำรวจร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ร้านชำคุณภาพที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 1,258 ร้าน โดยอำเภอที่เข้าร่วมมากที่สุด คือ อำเภอกุฉินารายณ์ รองลงมาคือ อำเภอเมือง และอำเภอสมเด็จ ตามลำดับ (ร้อยละ 22.66 , 21.14 และ 14.86 ตามลำดับ) ระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ก่อนดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ระดับความมั่นใจ ของผู้บริโภคและชุมชนเมื่อใช้

บริการ ก่อนดำเนินการ พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ และระดับความมั่นใจ ของผู้บริโภคและชุมชนเมื่อใช้บริการ ในอำเภอที่แตกต่างกัน ก่อนดำเนินการ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ[10] ได้ทำการศึกษาการพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนบ้านหัวดอน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม และจากการศึกษาของ[11] รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.ควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการร้านชำอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดกิจกรรมอบรมหรือให้ความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องตามกฎหมาย ตลอดจนส่งเสริมความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ เพื่อให้สามารถคัดเลือกผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมและลดความเสี่ยงต่อการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน

2.หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานร้านชำคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยระบบฐานข้อมูลหรือเครื่องมือสารสนเทศในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนานโยบายและแนวทางการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 “พลิกโฉมประเทศไทยสู่ สังคมก้าวหน้า เศรษฐกิจสร้างมูลค่าอย่างยั่งยืน”. ค้นเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2569, จาก https://www.nesdc.go.th/download/ document/Yearend/2021/plan13.pdf
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
3. ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. (2566). คู่มือการดำเนินงานร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (G-RDU). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ.
4. ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. (2567). รายงานผลการประเมินร้านชำคุณภาพตามเกณฑ์ G-RDU และ G-SHP ระดับประเทศ ปีงบประมาณ 2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
5. อารวัล มหาธนรัตน์. (2567). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ : กรณีศึกษา ตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดวัดจันทบุรี.วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 5(2) 22-44.
6. ธฤตวัน พระพิจิตร และปริญญา สกุลพอง. (2566). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมสู่ร้านชำในชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร.วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 5(2) 180-192.
7. ศูนย์วิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. (2567). รายงานผลการประเมินร้านชำคุณภาพตามเกณฑ์ G-RDU และ G-SHP ระดับประเทศ ปีงบประมาณ 2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2567). เป้าหมายในการสำรวจร้านชำคุณภาพในการเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (G-RDU) จังหวัดกาฬสินธุ์.
9. Best, John W. Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981.
10. วันชนะ วงษ์ชาชม ณัฐพล ผลโยน และจินดามนุช ผลโยน. (2567). การพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนบ้านหัวดอน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. 2(2) 1-15.
11. กิตติภัทร อบอุ่น. (2566). รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพของร้านชำในชุมชน อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 8(2). 539 - 545.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

การพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดีร่วมกับท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันและตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน : กรณีศึกษา

Nursing Care of a Patient with Choledocholithiasis, Acute Cholangitis, and Acute Pancreatitis Undergoing Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: A Case Study.

(Received: March 21,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

อัญชลี วงศ์สามารถ[1]
Aunchalee Wongsamart

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดีร่วมกับท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันและตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ศึกษาในผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการปวดท้อง มีไข้ ตาเหลือง และอาเจียน ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์วินิจฉัยเป็นนิ่วในท่อน้ำดีร่วมกับท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันและตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องตรวจและรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: ERCP) ร่วมกับการตัดหูรูดท่อน้ำดีและใส่ท่อระบาย ระยะก่อนผ่าตัดมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ไม่สุขสบายจากอาการปวดท้อง และเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ กิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้นการดูแลอาการอย่างใกล้ชิด การให้ยาปฏิชีวนะ การให้ยาแก้ปวดและการให้สารน้ำอย่างเพียงพอ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ระยะหลังการผ่าตัด การพยาบาลเน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการทำ ERCP เช่น ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร และภาวะตับอ่อนอักเสบที่อาจรุนแรงขึ้น รวมถึงการจัดการอาการปวดท้อง อาการท้องอืด และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง สามารถฟื้นตัวได้ดี และมีความมั่นใจในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีระยะเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 5 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล; นิ่วในท่อน้ำดี; ท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน; ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน; การส่องกล้องตรวจและรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

Abstract

This case study aimed to examine nursing care for a patient with common bile duct stones complicated by acute cholangitis and acute pancreatitis who underwent Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP). The patient was a 51-year-old Thai male admitted with abdominal pain, fever, jaundice, and vomiting. CT scan confirmed the diagnosis, and treatment included ERCP with sphincterotomy and insertion of stent into bile duct. Preoperative nursing care focused on managing sepsis, relieving abdominal pain, correcting fluid and electrolyte imbalance, administering antibiotics, and providing psychological support. Postoperative care emphasized monitoring for complications after ERCP, including gastrointestinal bleeding and worsening pancreatitis, as well as pain management and discharge preparation.

The results showed that the patient recovered safely without severe complications. The patient demonstrated confidence in self-care and was discharged after a total hospital stay of five days.

Keywords: Nursing Care; Choledocholithiasis; Cholangitis; Pancreatitis; Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพัทยาปัทมคุณ

บทนำ

โรคนิ่วในท่อน้ำดี (Choledocholithiasis) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในกลุ่มโรคของระบบทางเดินน้ำดี โดยเกิดจากการมีนิ่วอุดตันในท่อน้ำดีร่วม (Common bile duct) ซึ่งอาจทำให้เกิดการคั่งของน้ำดีและนำไปสู่การติดเชื้อในระบบทางเดินน้ำดี ภาวะดังกล่าวสามารถพัฒนาไปเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute cholangitis) และตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Acute pancreatitis) ซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมที่จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้[1,2]

ในปัจจุบัน แนวทางการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อน้ำดีร่วมกับภาวะท่อน้ำดีอักเสบ คือการส่องกล้องตรวจและรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: ERCP) ซึ่งเป็นหัตถการที่มีบทบาททั้งในการวินิจฉัยและการรักษา โดยสามารถนำก้อนนิ่วออกจากท่อน้ำดี ทำการตัดหูรูดของท่อน้ำดี (Endoscopic sphincterotomy) และใส่ท่อระบายเพื่อลดการอุดตันของท่อน้ำดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น[3] อย่างไรก็ตาม การทำ ERCP อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ตับอ่อนอักเสบหลังการส่องกล้อง (Post-ERCP pancreatitis) เลือดออกในทางเดินอาหาร การติดเชื้อในระบบทางเดินน้ำดี หรือภาวะทะลุของทางเดินอาหาร ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลในการประเมินอาการ การติดตามสัญญาณชีพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน[4]

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย ERCP จึงมีความสำคัญตั้งแต่ระยะก่อนทำหัตถการ ระยะระหว่างการรักษา และระยะฟื้นฟูหลังการรักษา โดยเน้นการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุม การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมหลังจำหน่าย ดังนั้น การศึกษานี้จึงจัดทำเพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดีร่วมกับท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันและตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้อง ERCP เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดีร่วมกับท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันและตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

2.เพื่อนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการดำเนินงาน

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดีร่วมกับท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันและตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน

2. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ

3. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

4. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และวางแผนการพยาบาล เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาล

5. สรุปผลการศึกษา จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการ

เปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี เข้ารับการรักษา วันที่ 10 มกราคม 2569

อาการสำคัญ ปวดท้อง มีไข้ ตาเหลือง ถ่ายเหลว 1 ครั้ง อาเจียน 3 ครั้ง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 สัปดาห์ มีอาการปวดแน่นท้องด้านบนขวาเป็นๆหายๆ ไม่ได้รักษา

1 วัน มีไข้ ปวดท้องมากขึ้น ตาเหลือง ถ่ายเหลว 1 ครั้ง อาเจียน 3 ครั้ง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ 5 ปีที่แล้ว รักษาด้วยเคมีบำบัดไม่ครบตามแผนรักษาจากไม่สุขสบายจึงหยุดเอง ขาดการติดตามการรักษามา 3 ปีเพราะคิดว่าหลังผ่าตัดไม่มีอาการผิดปกติจึงคิดว่าหายแล้ว

ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารและสารเคมี

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 39.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที การหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 148/93 มิลลิเมตรปรอท

HEENT: Sclera and conjunctiva slightly icteric

Neck: normal

Heart: Normal, no murmur

Lung: equal breath sound both lung, clear, no wheezing

Abdomen: soft , Tenderness noted at the epigastric region. Mild hepatosplenomegaly present. Bowel sounds normal at 8 times/min.

Extremities: no limit ROM

Neurological: E4V5M6 pupil Ø 2 mm RTL BE

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

WBC 10,230 cell/cu.m.m, Neutrophil 96%,

Lymphocyte 26 %, Hct 25.9%,

Platelet Count 205,000 cell

PT 13.2 sec , INR 1.18 , PTT 26.8 sec

TB 6.91 mg/dl

DB 6.63 mg/dl

Amylase 1233 U/L

Alkaline Phosphatase 221 U/L

ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง

Gallbladder and bile ducts: A 1.2 cm gallstone. No gallbladder wall thickening or mass. Dilatation of CBD and IHDs with no detectable cause of obstruction.

การวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด 1. ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากท่อน้ำดีและตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีไข้สูง อุณหภูมิกาย 39.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 148/93 มิลลิเมตรปรอท	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือด 2. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1-2 ชั่วโมง โดยเน้นเฝ้าระวังภาวะช็อก 3. ประเมินความรู้สึกตัว เพื่อดูภาวะพร่องออกซิเจนในสมองจากภาวะติดเชื้อ 4. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกทุกชั่วโมงเพื่อประเมินการทำงานของไต Urine output ควร > 0.5 ml/kg/hr 5. ให้ยา Cef-3 2 gm. ทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง Metronidazole 500 mg. ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง และสังเกตอาการหรือผลข้างเคียง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ปวดท้อง ตาเหลือง CT whole abdomen พบว่า CBD stone gall stone 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 10,230 cell/cu.mm Neutrophil 96.7% 4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Blood-Hemoculture พบ Escherichia coli	6. ให้สารน้ำชนิด 0.9 % NSS ในอัตรา 120 ซีซี./ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. ให้งดน้ำและอาหาร เพื่อลดการกระตุ้นการหลั่งเอนไซม์ตับอ่อน 8. ให้ Morphine 4 mg. ทางหลอดเลือดดำ สังเกตอาการข้างเคียงหลังให้ยาและประเมิน Pain score ซ้ำ 9. ใช้เทคนิคปลอดเชื้อต่างๆในการให้การพยาบาล และดูแลความสะอาดทั่วไปเพื่อลดการติดเชื้อ 10. ติดตามผล WBC และค่า neutrophil เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ **การประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต Hemoculture ผลปกติ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย 36-37 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที O2sat 98-100 %
2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการปวดท้องเนื่องจากท่อน้ำดีและตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยบอกปวดท้องขวาบนมาก พักไม่ได้ pain score 8 คะแนน 2. สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลง ชีพจรอยู่ในช่วง 98-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 146/93 -148/98 มิลลิเมตรปรอท สีหน้าไม่สุขสบาย 3. ผู้ป่วยปวดท้อง ตาเหลือง TB 6.9 mg/dl DB 6.63 mg/dl Alkaline phosphatase 237 u/l	1. ประเมินลักษณะการปวด ตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของการปวด อาการไม่สุขสบาย อื่นๆ 2. จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนและนอนท่า fowler's เพื่อลดแรงดันของกระบังลมต่อบริเวณที่อักเสบและช่วยให้ลดอาการปวด 3. ประเมินอาการปวดท้อง โดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale) 4. ประเมิน Pain score 8 คะแนน ให้ Morphine 4 mg. ทางหลอดเลือดดำ สังเกตอาการข้างเคียงหลังให้ยา และประเมิน Pain score ซ้ำ 5. ให้งดน้ำและอาหารตามแผนการรักษา เพื่อลดการกระตุ้นการหลั่งน้ำดีและลดอาการ 6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อลดการกระตุ้นความเจ็บปวด 7. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ใช้ภาษากาย การสัมผัสแสดงความเข้าใจ ความเห็นใจในพยาธิสภาพ **การประเมินผล** ผู้ป่วยปวดท้องลดลง พักผ่อนได้
3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ปากแห้ง มีคลื่นไส้อาเจียน 3 ครั้ง ถ่ายเหลว 3 ครั้ง 2. มีการงดน้ำและอาหารก่อนการผ่าตัด 3. Potassium 3.3 mmol/L	1. ประเมินภาวะขาดน้ำและสารอาหาร 2. ให้สารน้ำชนิด 0.9 % NSS ในอัตรา 120 ซีซี./ชั่วโมง ตามแผนการรักษา 3. ให้ยาบรรเทาอาการอาเจียน plasil 10 mg. ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมงหรือเวลามีอาการ ติดตามประเมินผลข้างเคียงของยา 4. บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ติดตามการเต้นของหัวใจ 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 6. ติดตามประเมินปริมาณน้ำเข้า-ออก ทุก 4 ชั่วโมง 7.ทำความสะอาดช่องปากและฟันบ่อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นและช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย
4. ผู้ป่วยวิตกกังวลการผ่าตัดโดยการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าท่าทางกังวล	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในสิ่งที่สงสัย 3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการ ผลการผ่าตัด วิธีการและผลของการได้ยาระงับความรู้สึก อย่างคร่าวๆ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ผู้ป่วยแจ้งว่ากังวลการผ่าตัดซึ่งเป็นผ่าตัดที่แตกต่างจาก 3 ปีก่อน นอนไม่ค่อยหลับ	4. ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่ได้รับการผ่าตัดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่ามีความปลอดภัยในการดมยาสลบและการผ่าตัด 5. สอนวิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าร่างกายจะฟื้นตัว **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ยินยอมรับการผ่าตัด
ระยะหลังผ่าตัด 1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยหลังทำ ERCP โดยมีการตัดหูรูด (Papillotomy) และใส่ Stent เข้าไปในท่อน้ำดี ซึ่งเป็นสิ่งแปลกปลอมและมีการรบกวนเนื้อเยื่อภายใน 2. ผู้ป่วยบ่นปวดท้องและยังมีอาการคลื่นไส้หลังทำ ERCP 3. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บคอหลังทำ ERCP	1. เฝ้าระวังภาวะตับอ่อนอักเสบหลังทำ ERCP 2. ติดตามผล Lab Serum Amylase 3. เฝ้าระวังภาวะเลือดออก เกิดจากการตัดหูรูด (Sphincterotomy) ประเมินสัญญาณชีพ: วัด BP และ Pulse ทุก 15-30 นาที เพื่อดูสัญญาณของ Hypovolemic shock ดูลักษณะอุจจาระ (Melena) หรืออาเจียน (Hematemesis) ติดตามค่าเลือด ดูระดับ Hemoglobin (Hb) และ Hematocrit (Hct) 4. เฝ้าระวังภาวะท่อน้ำดีอักเสบ/การติดเชื้อ (Cholangitis/Sepsis) อาจเกิดจากนิ่วที่เหลืออยู่หรือ Stentอุดตัน โดยประเมิน Charcot's Triad ได้แก่ ไข้ ตัวเหลืองตาเหลือง และปวดท้องขวาบน 5. ให้ยา Cef-3 2 gm. ทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง Metronidazole 500 mg. ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง และสังเกตอาการหรือผลข้างเคียง 6. เฝ้าระวังภาวะทางเดินอาหารทะลุ (Perforation) จากการทำ Papillotomy 7. แนะนำผู้ป่วยเรื่องข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ไม่บิดตัวแรงๆ หรือยกของหนักในระยะแรก เพื่อป้องกัน Stent Migration (การเลื่อนหลุดของสาย) **การประเมินผล** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องตรวจรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน
ระยะหลังผ่าตัด 2. ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยถามการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน 2. ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกมีความวิตกกังวล กลัว ไม่มั่นใจ มีหลายอย่างที่ต้องทำเมื่อต้องกลับบ้าน	1. ให้ความรู้ในเรื่องสังเกตอาการของภาวะตับอ่อนอักเสบหลังทำ ERCP เช่น อาการปวดท้องรุนแรงที่ร้าวไปที่หลัง คลื่นไส้ อาเจียน หากมีอาการควรมาพบแพทย์ก่อนนัด 2. แนะนำการสังเกตอาการการติดเชื้อหาก Stent อุดตันหรือเลื่อนหลุด เช่น ไข้ หนาวสั่นตาเหลือง ตัวเหลือง หรือปัสสาวะสีเข้ม หากมีอาการควรมาพบแพทย์ก่อนนัด 3. แนะนำการสังเกตอาการเลือดออก เช่น ถ่ายอุจจาระ หากมีสีดำเป็นเลือด หรืออาเจียนเป็นเลือด ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด 4. แนะนำอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด ควรรับประทานไขมันต่ำ เพื่อลดการทำงานของท่อน้ำดี ในระยะแรกหลังผ่าตัด หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอด มัน ครีม นม เนย มาการีน ถั่ว ช็อกโกแลต งดการดื่มเบียร์ สุรา 5. แนะนำการดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ เพื่อช่วยให้การระบายของน้ำดีดีขึ้น 6. แนะนำงดการยกของหนัก หรือการออกกำลังกายที่หักโหมใน 1-2 สัปดาห์แรก เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของ Stent หรือเลือดออกบริเวณหูรูดที่ตัดไว้ 7. แนะนำการมาพบแพทย์ตามนัด **การประเมินผล** ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตน

สรุปผลและอภิปราย

การศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยชาย 51 ปี ที่มีภาวะนิ่วในท่อน้ำดีร่วมกับท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันและตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องตรวจและรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP) ร่วมกับการตัดหูรูดท่อน้ำดีและใส่ท่อระบาย ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ช่วยลดการอุดกั้นของท่อน้ำดีและควบคุมการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวทางการรักษาที่แนะนำให้ทำ ERCP ในผู้ป่วยที่มีภาวะท่อน้ำดีอักเสบร่วมกับการอุดกั้นจากนิ่ว[5]

จากผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง สามารถฟื้นตัวได้ดี และมีความมั่นใจในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีระยะเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 5 วัน

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลหรือทีมสุขภาพควรคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดีร่วมกับท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลันและตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ติดตามสัญญาณชีพประเมินอาการและอาการแสดงทางหน้าท้องและอาการปวดอย่างใกล้ชิด เพื่อได้รับการดูแลแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้รวดเร็วซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีภาวะสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

เอกสารอ้างอิง

1.สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. (2564). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคทางเดินน้ำดีและตับอ่อนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ.

2.วิชัย เอกพลากร, และคณะ. (2563). ระบาดวิทยาของโรคระบบทางเดินอาหารในประเทศไทย. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.

3. ประเสริฐ บุญเกิด, และคณะ. (2562). การส่องกล้อง ERCP เพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่อน้ำดี. วารสารอายุรศาสตร์ไทย.

4. กนกวรรณ พงศ์พานิชย์, และคณะ. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้อง ERCP และการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน. วารสารการพยาบาลศัลยศาสตร์.

5. Kiriyama, S., et al. (2018). Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences.

การพัฒนาโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวม ในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพังโคน

Development of PHARMACEUTICAL CARE Program on CLINICAL and HOLISTIC OUTCOMES among SCHIZOPHRENIC PATIENTS in Community Phang Khon Hospital.

(Received: March 21,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

อรอนงค์ หอมกระจาย[1]
Onanong Homkrajai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์โปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพังโคน ขั้นตอนดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลพังโคน จำนวน 70 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่โปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่พัฒนาขึ้น แบบวัดความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาจิตเภท และแบบประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิก ใช้ระยะการดำเนินการ 15 เดือน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพังโคน ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) การบริบาลทาง เภสัชกรรมที่ดำเนินการในโรงพยาบาล 2) การบริบาลทางเภสัชกรรมที่ดำเนินการในชุมชน ผลลัพธ์ด้าน องค์รวม พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภท สูงกว่าก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาจิตเภท สูงกว่าก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) เช่นกัน ส่วนผลลัพธ์ด้านคลินิก พบว่า ระดับการเปลี่ยนแปลงอาการไม่พึงประสงค์ โดยรวมลดลงคือ ระดับการเปลี่ยนแปลงอาการไม่พึงประสงค์ พบเพียงการเปลี่ยนแปลง 2 ระดับ และระดับ 1 ร้อยละ 10.00 และ ร้อยละ 4.29 ตามลำดับ

คำสำคัญ: โปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ผลลัพธ์ทางคลินิกและด้านองค์รวม

Abstract

This study was an action research aimed at the Development of a pharmaceutical care program on clinical and holistic outcomes among schizophrenic patients in community PhangKhon Hospital. The research was conducted in three phases: Preparation,Implementation, and evaluation. The samples included 70 schizophrenic patients. The research instruments were: Pharmaceutical care program on clinical outcomes and holistic outcomes in community patients with schizophrenia that has been developed, a knowledge questionnaire, a behavior, and clinical outcomes assessment form. Both quantitative and qualitative data were collected and analyzed by descriptive statistics and inferential statistics.

The results showed that the pharmaceutical care program on clinical and holistic outcomes among schizophrenic patients in community included two main categories: 1) Process of a pharmaceutical care in hospital, 2) Process of a pharmaceutical care in community. The holistic outcomes after receiving the program that; the sample group had knowledge and behavior was significantly higher than before using the program ($p<.001$) off all, and clinical outcomes that overall adverse drug reactions decreased that 2 level and 1 level change 10.00% and 4.29% respectively.

Keywords: A pharmaceutical care program Schizophrenic patients clinical and holistic outcomes

[1] เภสัชกร โรงพยาบาลพังโคน

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ทั่วโลกพบความชุกของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประมาณ 1.13 ล้านคน[1] ประเทศไทย พบความชุก ร้อยละ 0.7 ของประชากรทั้งหมด[2] ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งจะมีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรง ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้ ผลการรักษาผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน เช่นการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ตอบสนองต่อผลการรักษาที่ดีเพียงร้อยละ 20 ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทส่วนหนึ่งจำเป็นต้องมีบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต[3] การรักษาหลักในผู้ป่วยจิตเภทคือการบำบัดรักษาด้วยยาต้านโรคจิต[4] เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจึงมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยนี้สามารถดำเนินชีวิต อยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้[5] ปัญหาส่วนใหญ่คือ การป่วยซ้ำของโรคที่พบบ่อยครั้ง ซึ่งมีสาเหตุหลักจากปัญหาในการใช้ยา เช่น ความไม่ร่วมมือใช้ยาตามแพทย์สั่ง การขาดตระหนักรู้ ต่อการเจ็บป่วย การขาดความรู้ความเข้าใจที่มีต่อโรคและยา การใช้สารเสพติดระหว่างการบำบัดรักษา และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์[6] อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในยาต้าน โรคจิต คือ อาการง่วงระหว่างวัน ภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (extrapyramidal symptoms;EPS) และประจำเดือนมาผิดปกติ ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากยาต้านโรคจิต คือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากยาต้านโรคจิต เป็นปัญหาจากการใช้ยา (drug-related problems; DRPs) ที่สำคัญ ในผู้ป่วยจิตเภทที่ควรได้รับการติดตามป้องกัน เนื่องจากทำให้ เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง ต้องนอนรักษา ในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง การสูญเสียชีวิตและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน จึงควรได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อติดตามเฝ้าระวัง และแก้ไขอาการ ไม่พึงประสงค์มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มอื่น

โรงพยาบาลพังโคนเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง จากข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทในปี 2565-2567 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 64, 72 และ 84 คนตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากผลการดำเนินงานในปี 2567 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดยา ไม่รับยาต่อเนื่อง ไม่มาตามนัด ร้อยละ 19.74 และพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภท ร้อยละ 23.17[7] เมื่อเกิดอุบัติการณ์ด้านผลลัพธ์ทางคลินิกเช่น ภาวะแทรกซ้อนจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา งานเภสัชกรรมจะประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่คลินิกจิตเวช Home ward และหรือกรณี ที่ผู้ป่วยได้รับผลกระทบที่รุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนจากอาการไม่พึงประสงค์นี้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล งานเภสัชกรรมจะประเมินและหาสาเหตุจากการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ให้ข้อมูลการแพ้ยาและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดการแพ้ยาซ้ำ หลังจากนั้นจะรายงานการแพ้ยาแบบออนไลน์ไปยังระบบการรักษาดูแลไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพทราบ ซึ่งระบบการบริบาลทางเภสัชกรรมนี้เป็นระบบการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบเชิงรับ ยังขาดระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแบบ real time ต่อเนื่องถึงชุมชน จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนหนึ่งที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์แบบองค์รวมที่ไม่ดี

โปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการติดตาม กำกับ ผลลัพธ์ทั้งด้านคลินิกและด้านองค์รวมในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากสาเหตุการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภทอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภทมีสัดส่วนแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8] และการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการบริบาล ทางเภสัชในชุมชน ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรม

ฯ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วย มีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100[9] และการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาทางไปรษณีย์ พบว่าหลังได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มเป็น ร้อยละ 68.80[10] ส่วนการศึกษาโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาลิเทียม พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น มีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับดี และสามารถดักจับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาลิเทียมร่วม กับยา Enalapril ได้อย่างทันท่วงที[11] ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมตามสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตเวชในแต่ละกลุ่มอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วย มีความรู้ในการใช้ยา ใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสามารถดักจับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ได้อย่างรวดเร็ว

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนฯ ตามแนวคิดของของเคมมิสและแมกแทกการท[12] คือ 1) Planning โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษาโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนการจัดทำแผน และเอกสารคู่มือ แนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องตามกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องปฏิบัติ 2) Acting โดยการประชุม เชิงปฏิบัติการในการอบรมให้ความรู้และการสื่อสารแนวปฏิบัติผลข้างเคียงจากการใช้ยาสำรับบุคลากร ที่เกี่ยวข้องและให้ความรู้ในการใช้ยาให้กับผู้ป่วยและญาติร่วมกับการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมเป็นระยะ 3) Observing โดยการติดตามเฝ้าระวังเพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จิตเภทและการเน้นย้ำในการใช้ยาและการรับยาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ และ4) Reflecting ในวาระการประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยให้บุคลากร ที่เกี่ยวข้องผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเสนอแนะแนวทางการการดำเนินงานในประเด็นที่ยังมีข้อจำกัดในการใช้ยา โดยโปรแกรมนี้ประกอบด้วยการให้ความรู้ในการใช้ยาจิตเภท การติดตามเยี่ยมที่บ้านโดยใช้ แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภท กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาและการมารับยาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และผลลัพธ์ของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการพัฒนาฯ
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาพัฒนาโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระยะการดำเนินการวิจัยเดือนธันวาคม 2567 – 19 กุมภาพันธ์ 2569 ผู้วิจัยดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะเตรียมการใช้ขั้นตอน P (Planning) ในการพัฒนาโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยศึกษาสถาณการณ์บริบาลทางเภสัชกรรมในคลินิกจิตเวช ผลลัพธ์ทางคลินิก นำข้อมูลที่ได้ไปจัดทำแผนดำเนินการ 2) ระยะดำเนินการ โดยนำขั้นตอน A (Acting) ขั้นตอน O (Observing) และขั้นตอน R (Refecting) ติดตามครั้งที่ 1 โดยประเมินผลจากนั้นปรับปรุงโปรแกรมฯ ออกแบบ วางแผน (Re-planning) และติดตามครั้งที่ 2 ในขั้นตอน A (Acting), O (Observing) และ R (Refecting) ซ้ำอีกครั้ง และ 3) ระยะประเมินผล โดยการรวบรวมข้อมูลในการติดตามครั้งที่ 1 และการติดตามครั้งที่

2 นำมาวิเคราะห์ และประเมินผลลัพธ์การพัฒนาโปรแกรมฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวช ของโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร ในระหว่างเดือนธันวาคม 2568 – กุมภาพันธ์256 9 จำนวน 84 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาจิตเภทในชุมชน ของโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร ในระหว่างเดือนสิงหาคม 2568– กุมภาพันธ์ 2569 จำนวน 70 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ สูตรกำหนดขนาดตัวอย่างของยามาเน่[13] ที่กำหนดค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 จากจำนวนประชากร 84 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 คนโดยมีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษาคือ 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพังโคน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีอาการสงบและควบคุมอาการได้ 2) เป็นผู้มีความพร้อมในการให้ข้อมูลและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมจนเสร็จสิ้นการวิจัย 3) เป็นผู้ที่พูดอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่มีแอปพลิเคชันไลน์ได้ และ5) ยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพังโคน

1. โปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพังโคน

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย รหัสประจำตัวผู้ป่วยใน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ที่อยู่ ผู้ดูแล จำนวนครั้งที่ขาดยา จำนวนครั้งที่ไม่มารับยาตามนัด จำนวน 8 ข้อ

2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภท ผลข้างเคียงของยา ประโยชน์จากการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 18 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เป็นความรู้ด้านบวกและด้านลบ เป็นข้อคำถามแบบเลือก ตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ถูกและผิด การให้คะแนน ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา จากคะแนนเต็ม 18 คะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้

มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม 15-18 คะแนน สูง

ร้อยละ 60-80 ของคะแนนเต็ม 11-14 คะแนน ปานกลาง

ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม ต่ำกว่า 11 คะแนน ต่ำ

3) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ ได้แก่ ความสม่ำเสมอการใช้ยา การมาตรวจตามนัด การใช้ยาร่วมกับการรับประทานอาหารและยาชนิดอื่น ๆ รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวน 14 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย เป็นการปฏิบัติด้านบวกและการปฏิบัติด้านเป็นคำถามแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่ปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมด้านบวก คือ 5, 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ และด้านลบระดับคะแนน 1, 2, 3, 4, และ 5 ตามลำดับ การแปลผลระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่เพื่อการฟื้นฟูสภาพ จากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ

4) แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภท การกลับเข้ารับบการรักษาจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) และค่าความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI ค่าดัชนีความตรง ตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) พบมีค่าดัชนีวัดความสอดคล้องรายข้อ ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไปทุกหัวข้อ หลังจากนั้นนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. สถิติเชิงคุณภาพ ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แนวทางการพัฒนาโปรแกรมฯ ขั้นตอนการวิจัย

2. สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ ละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลขาดยา ขาดนัด การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาจิตเภท และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภท

3. สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของประชากรที่ศึกษา โดยการนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณา จากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2025 – 055 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพังโคน ทั้ง 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

ขั้นตอนที่ 1 P (Planning) ผลการศึกษาแนวทางการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ แบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังนี้ 1) การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ฉบับภาษาไทย จำนวน 8 เรื่อง ฉบับภาษาอังกฤษ จำนวน 22 เรื่อง รวมทั้งสิ้น 30 เรื่อง 2)จัดทำแผนดำเนินงาน 3) จัดเอกสารคู่มือการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 4) แผ่นพับการใช้ยาจิตเภทและอาการไม่พึงประสงค์จากการแพ้ยา วางแผนครั้งที่ 2 (Re-planning) แผนการให้ความรู้และการปฏิบัติซ้ำอีกครั้งในแต่ละประเด็น

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1) ขั้นตอนที่ 2 (Acting) ครั้งที่ 1 นำแผนสู่การปฏิบัติ ดำเนินการในโรงพยาบาลพังโคน โดยจัดกลุ่มละ 16-18 คน จำนวน 4 กลุ่มในการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภท การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภท ช่องทางติดต่อกับเภสัชกรและทีมสหสาขาวิชาชีพ (Acting) ครั้งที่ 2 คลินิกจิตเวชให้โทรเตือนผู้ป่วย 1วันก่อนถึงวันนัด และเภสัชกรนับเม็ดยาก่อนจ่ายยา ให้ความรู้และการปฏิบัติกรณีที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภท แบบ Focus groups ซ้ำ

2) ขั้นตอนที่ 3 (Observing) ครั้งที่ 1 ดำเนินการในชุมชนในการติดตามพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาจิตเภท ผ่านไลน์แอปพริเคชั่น และการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Observing) ครั้งที่ 2 ติดตามเยี่ยมทางออนไลน์เป็น 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และภาคีเครือข่าย อสม. และหรือผู้นำหมู่บ้านในการติดตามผู้ป่วยมาตามนัด

3) ขั้นตอนที่ 4 (Refecting) ครั้งที่ 1 ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวม และนำเสนอข้อมูลในการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพคือข้อมูลผู้ป่วยขาดยา ขาดนัด อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภท โดยทีมได้เสนอแนะ คลินิกจิตเวชให้โทรเตือนผู้ป่วย 1วันก่อนถึง วันนัด ใช้ภาคีเครือข่าย อสม. ผู้นำหมู่บ้านในการติดตามผู้ป่วยมาตามนัด เพิ่มการนับเม็ดยา หลังจากนั้นวางแผน (Re-planning) ดำเนินการในการติดตามครั้งที่ 2 ส่วนการ (Refecting) ครั้งที่ 2 ประชุม เชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ นำเสนอข้อมูลจากการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก

และผลลัพธ์แบบองค์รวม และขอความร่วมมือจากทีมฯ ในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41–50 ปี (ร้อยละ 35.71) รองลงมาคือช่วงอายุ 51–60 ปี (ร้อยละ 30.00) โดยมีอายุเฉลี่ย 49.34 ปี และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.63 ปี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ถึงวัยสูงอายุ ด้านระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 41.43) รองลงมาคือระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ร้อยละ 30.00) และระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 25.71) ขณะที่ระดับปริญญาตรีมีสัดส่วนน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.86) ด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 44.28) รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 21.43) และอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 14.29) ส่วนอาชีพอื่น ๆ ได้แก่ อาชีพอิสระ ค้าขาย และข้าราชการ มีสัดส่วนค่อนข้างน้อย

ด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส (ร้อยละ 41.43) รองลงมาคือ หม้ายหรือหย่าร้าง (ร้อยละ 32.86) และโสด (ร้อยละ 25.71) ด้านโรคร่วม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 78.57) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 11.43) และโรคเบาหวานร่วมกับ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 5.71) ส่วนโรคไตวาย (ร้อยละ 2.86) และโรคหอบหืด (ร้อยละ 1.43) พบในสัดส่วนที่น้อย ด้านผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือคู่สมรส (ร้อยละ 38.57) รองลงมาคือบุตร (ร้อยละ 35.71) และบิดาหรือมารดา (ร้อยละ 14.29) ขณะที่ญาติเป็นผู้ดูแลหลักในสัดส่วนร้อยละ 11.43 และสำหรับภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา โดบพบ อาการง่วงนอนมากที่สุด (ร้อยละ 55.71) รองลงคือ ปากแห้ง-คอแห้ง (ร้อยละ 52.86) และน้อยที่สุดคือ คลื่นไส้ อาเจียน (ร้อยละ 27.14)

3. ผลลัพธ์แบบองค์รวมจากการได้รับโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพังโคน

3.1 ความรู้ก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภทอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=15.04, SD=1.07) โดยมีคะแนนความรู้ ร้อยละของการตอบถูกในแต่ละข้ออยู่ระหว่างร้อยละ 82.86–100.00 ข้อที่มีร้อยละการตอบถูกต่ำกว่าข้ออื่น ได้แก่ เรื่องผลข้างเคียงอาการง่วงซึมจากยา (ร้อยละ 82.86) และการเกี่ยวข้องกับการจัดการเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา (ร้อยละ 88.57) ภายหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภท อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=17.74, SD=0.56) เช่นกัน ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเกือบทุกข้อ โดยร้อยละของการตอบถูกอยู่ระหว่างร้อยละ 92.86–100.00 และหลายข้อมีร้อยละการตอบถูกครบทุกคน (ร้อยละ 100.00)

สำหรับผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภทของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 15.04 คะแนน (SD = 1.07) อยู่ในระดับสูง และภายหลังการใช้โปรแกรมฯ มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.74 คะแนน (SD = 0.56) อยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันเท่ากับ 2.70 คะแนน

เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่า คะแนนความรู้หลังการพัฒนาโปรแกรมฯ สูงกว่า ก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.06$, $p < .001$)

3.2 พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภทก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับพฤติกรรมการใช้ยาจิตเภทอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.53, SD=1.83) โดยมีพฤติกรรมการใช้ยา ของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายข้อ ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน โดย

นำเสนอข้อมูลในรูปของร้อยละ จำแนกตามระดับการปฏิบัติ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง และบางครั้ง ผลการวิเคราะห์พบว่า ก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ในหลายรายการ อย่างไรก็ตาม ยังพบพฤติกรรมบางข้อที่มีการปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลังร่วมกับยา ซึ่งมีการปฏิบัติในระดับทุกครั้ง เพียงร้อยละ 51.4

ภายหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีมีระดับพฤติกรรมการใช้ยาจิตเภท อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.96, SD=0.65) เช่นกัน โดยพฤติกรรมรายข้อพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยพฤติกรรมหลายรายการมีการปฏิบัติในระดับทุกครั้ง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ได้แก่ การรับประทานยาตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอ การแจ้งบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมีอาการแทรกซ้อน การรีบมาพบแพทย์เมื่อมีอาการแทรกซ้อนรุนแรง การมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การดูแลตนเองเมื่อมีอาการปากแห้งหรือคอแห้ง การนับเม็ดยาก่อนรับประทานยา การบันทึกการรับประทานยา และการนับเม็ดยาที่เหลือก่อนมาพบแพทย์ในวันนัด ส่วนพฤติกรรมด้านการไม่หยุดรับประทานยาเองเมื่ออาการดีขึ้น การไม่ปรับยาเองตามความเหมาะสม การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการรับประทานยา มีสัดส่วนของผู้ที่ปฏิบัติในระดับ ทุกครั้ง เพิ่มขึ้นภายหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะพฤติกรรมการไม่ดื่มน้ำชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลังร่วมกับยา ซึ่งมีการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 51.4 เป็นร้อยละ 82.9 สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภท

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ พบว่า ก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 4.53 คะแนน (SD = 1.85) อยู่ในระดับมากที่สุด และภายหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.96 คะแนน (SD = 0.65) อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 0.43 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.10$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท ได้อย่างมีประสิทธิผล

3.3 ผลการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของความร่วมมือในการใช้ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ พบว่า ก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากที่สุดคือ ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ร้อยละ 15.71 รองลงมาคือ ขาดนัด ร้อยละ 12.86 ต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ร้อยละ 7.14 ส่วนหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ อาการไม่พึงประสงค์ของความร่วมมือในการใช้ยา พบเพียงการไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ร้อยละ 4.28

4. ผลลัพธ์ทางคลินิกจากการได้รับโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโรงพยาบาลพังโคน

4.1 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ในการติดตามครั้งที่ 1 ผลการศึกษา พบลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ ได้บ่อยจากการใช้ยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) extrapyramidal symptoms ได้แก่ parkinsonism ร้อยละ 5.71 tremor ร้อยละ 4.29 akathisia ร้อยละ 4.29 dystonia ร้อยละ 2.86 2) anticholinergic side-effects พบกลุ่มอาการไม่ประสงค์จากการใช้ยาต้านโรคจิตสูงสุด 3 อันดับแรก มากที่สุดคือ อาการง่วงนอน ร้อยละ 21.43 ปากแห้งและกระหายน้ำ ร้อยละ 14.29 เท่ากัน และ คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 12.86 ส่วนการติดตามครั้งที่ 2 พบลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ กลุ่ม extrapyramidal

symptoms พบ tremor ร้อยละ 1.43 กลุ่ม anticholinergic side-effects พบ กลุ่มอาการไม่ประสงค์จากการใช้ยาต้านโรคจิตสูงสุด 3 อันดับแรก มากที่สุดคือ อาการง่วงนอน ร้อยละ 4.28 ปากแห้งและกระหายน้ำ ร้อยละ 2.86 เท่ากัน และคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 1.43

4.2 ระดับการเปลี่ยนแปลงอาการไม่พึงประสงค์ที่พบในผู้ป่วยจิตเภท การติดตามระดับการเปลี่ยนแปลงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ในการติดตามครั้งที่ 1 ผลการศึกษา พบระดับการเปลี่ยนแปลงอาการไม่พึงประสงค์ โดยรวม ดังนี้ 1) การติดตามครั้งที่ 1 พบระดับการเปลี่ยนแปลงอาการไม่พึงประสงค์ ระดับมากที่สุดคือ การเปลี่ยนแปลง 2 ระดับ ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ การเปลี่ยนแปลง 1 ระดับ ร้อยละ 32.86 และการเปลี่ยนแปลง 3 ระดับ ร้อยละ 22.86 1) การติดตามครั้งที่ 2 พบ ระดับการเปลี่ยนแปลงอาการไม่พึงประสงค์ พบเพียงการเปลี่ยนแปลง 2 ระดับ และระดับ 1 ร้อยละ 10.00 และ ร้อยละ 4.29 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ผลลัพธ์ของการพัฒนาโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการพัฒนาโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลพังโคน ผู้วิจัยนำเสนออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยใช้แนวคิดของเคมมิสและแมกแทรกการท ที่ได้จากการทบทวนแนวทางการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทและวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 30 เรื่อง เพื่อที่จะให้ได้มาซึ่งโปรแกรมที่ดี มีมาตรฐานกับการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observine) และการสะท้อนกลับ (reflectine) ซึ่งในการพัฒนาโปรแกรมฯนั้น เมื่อครบวงจรในการพัฒนาในการติดตาม ครั้งที่ 1 จากนั้นได้พิจารณาปรับปรุงแผน (Re-planning) และดำเนินการในการติดตาม ครั้งที่ 2 [12] ต่อไป และภายหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ พบว่า ในการจัดทำแผนที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กระทรวง แผนโรงพยาบาลพังโคนและปรับเปลี่ยนแผนตามบริบทของประเด็นปัญหาที่พบ เพื่อการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังเช่นการปรับเปลี่ยนการบริบาลทางเภสัชกรรม ที่เพิ่มการนับเม็ดยาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และการให้ความรู้และ การปฏิบัติซ้ำอีกครั้งในแต่ละประเด็น นอกจากนี้ยังได้เพิ่มการมีส่วนร่วมของ อ.ส.ม และผู้นำชมชนในการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด ทำให้ หลังการพัฒนาโปรแกรมฯ ในการติดตามครั้งที่ 2 ไม่พบผู้ป่วยจิตเภทต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่ขาดนัด พบเพียงการไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ร้อยละ 4.28

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก โดยพบว่า ปัญหาจากการใช้ยาที่พบได้สูงสุด คือการเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากยา โดยพบว่า ในการติดตามครั้งที่ 1 ผลการศึกษา พบลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ ได้บ่อยจากการใช้ยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) extrapyramidal symptoms ได้แก่ parkinsonism ร้อยละ 5.71 tremor ร้อยละ 4.29 akathisia ร้อยละ 4.29 dystonia ร้อยละ 2.86 2) anticholinergic side-effects พบกลุ่มอาการไม่ประสงค์จากการใช้ยาต้านโรคจิตสูงสุด 3 อันดับแรก มากที่สุดคือ อาการง่วงนอน ร้อยละ 21.43 ปากแห้งและกระหายน้ำ ร้อยละ 14.29 เท่ากัน และ คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 12.86 ส่วนการติดตามครั้งที่ 2 พบลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ กลุ่ม extrapyramidal symptoms พบ tremor ร้อยละ 1.43 กลุ่ม anticholinergic side-effects พบกลุ่มอาการไม่ประสงค์ จากการใช้ยาต้านโรคจิตสูงสุด 3 อันดับแรก มากที่สุดคือ อาการง่วงนอน ร้อยละ 4.28 ปากแห้งและ กระหายน้ำ ร้อยละ 2.86 เท่ากัน และ คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 1.43 อาจเนื่องจาก

ในการพัฒนาโปรแกรมฯ นั้น ได้กำหนดแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง การติดตามเยี่ยมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ นำผลลัพธ์และประเด็นปัญหาที่พบมาดำเนินการในขั้นตอนการปรับปรุงโปรแกรมนั้นได้ออกแบบ วางแผน (Re-planning) โดยได้เพิ่มการนับเม็ดยาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และเพิ่มการมีส่วนร่วมของ อสม.และผู้นำชมชนในการติดตามผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกในกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดนัด ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเภทได้เพิ่มการให้ความรู้และการปฏิบัติกรณีที่เกิดผลข้างเคียงในแต่ละชนิดของยาแบบ Focus groups ซ้ำอีกครั้งในแต่ละประเด็น นอกจากนี้ยังเพิ่มการติดตามเยี่ยมทางออนไลน์ เป็น 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนันท์ ผลไพรินทร์[8] ที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการบริบาลทาง เภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบองค์รวมในผู้ช่วยจิตเภท โดยการการค้นหาปัญหาการใช้ยา จัดทำรายการยาผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคล ติดตามประวัติการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ควบคุมกำกับการจ่ายยา เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเภท ร่วมกับทีมดูแลรักษา หลังดำเนินการพบว่ากลุ่มศึกษา ที่ได้รับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใหม่ในการติดตามครั้งที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร้อยละ 87.90 ส่วนการติดตามครั้งที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดลงเหลือเพียงร้อยละ 57.60

3. ผลลัพธ์ด้านองค์รวม

3.1 ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าหลังผู้ป่วยจิตเภทได้รับโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นใหม่ มีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่ากว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรู้จากการสอนเป็นกลุ่มเล็ก 16 - 18 คน ที่ได้รับยากลุ่มประเภทเดียวกัน รวมทั้งผู้วิจัยให้ความรู้ซ้ำเป็นรายบุคคล เน้นย้ำถึงผลข้างเคียงของยารักษา จิตเภทของแต่ละชนิด พร้อมกับอธิบายเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแนวทางแก้ไข และช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรณีที่ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจ การแจกแผ่นพับเกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภท การติดตามเยี่ยมทางออนไลน์ และการติดตามต่อเนื่องจนถึงชุมชน จึงส่งผลให้กลุ่มผู้จิตเภทนี้มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภท หลังได้รับความรู้สูงกว่ากว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรพร ศุภโรจนอุดม, บัววรุณ ศรีชัยกุล และสงัด เชื้อลิ้นฟ้า[9] ที่พัฒนาโปรแกรมการบริบาลทางเภสัชในชุมชน ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับ การใช้ยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยมีการใช้ยา อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100 และการศึกษาของณภัคอร ช่วงสกุล[11] ที่พัฒนาโปรแกรมการบริบาล ทางเภสัชในผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยาลิเทียม พบว่า หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น มีความร่วมมือ ในการใช้ยาอยู่ในระดับดี และสามารถดักจับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาลิเทียมร่วม กับยา Enalapril ได้อย่างทันท่วงที

3.2 ผลการศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าหลังผู้ป่วยจิตเภทได้รับโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นใหม่ มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เฉลี่ยสูงกว่ากว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยจิตมีความรู้ที่สูง จากการสอนเป็นกลุ่มเล็ก การให้ความรู้ซ้ำ การติดตามเยี่ยมทางออนไลน์ และการติดตามต่อเนื่องจนถึงชุมชน โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยารักษาจิตเภทของแต่ละชนิด แนวทางแก้ไขกรณีเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รวมถึงการรับทราบช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทคลายความวิตกกังวลในการใช้ยาจิตเภท จึงส่งผลให้กลุ่มผู้จิตเภทนี้มีคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภท หลังได้รับความรู้สูงกว่ากว่าก่อน

ได้รับโปรแกรมฯ และการไม่รับประทานยาต่อเนื่อง การขาดนัดลดลงในการติดตามครั้งที่ 2 รวมถึงไม่พบผู้ป่วยจิตเภทต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้อง กับการศึกษาของสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนันท์ ผลไพรินทร์[8] เช่นกันที่มีการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาจิตเภทตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับรักษา เพื่อให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อหาทางแก้ไข ร่วมกับการให้ญาติมีส่วนช่วยดูแลการรับประทานยา ของผู้ป่วย การติดตามอาการไม่พึงประสงค์เชิงรุกแล้วการให้ความรู้เรื่องโรคและยาแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายและผู้ดูแลจากชุดความรู้ที่รวบรวมขึ้น จนถึงการติดตามผลแบบผู้ป่วยนอกนั้น ทำให้กลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ย ความร่วมมือในการใช้ยา มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรกำหนดเป็นนโยบายในการใช้โปรแกรมการบริบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ควรมีการติดตามและประเมินอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

2) ควรนำผลลัพธ์จากการการพัฒนาโปรแกรมฯ นี้ร่วมกับการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและ ผลลัพธ์ด้านองค์รวม เป็นต้นแบบในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อเนื่องในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาการบริบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีการเปรียบเทียบกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม

2) ควรศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ที่พัฒนานี้ กับทีมสหสาขาวิชาชีพ และหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้มีความครอบคลุมของโปรแกรมฯ เพิ่มยิ่งขึ้น

3) ควรศึกษาความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้

เอกสารอ้างอิง

1. He, H., Liu, Q., Li, N., Guo, L., Gao, F., Bai, et.al. (2020). Trends in the incidence and dalys of schizophrenia at the global, regional and national levels: Results from the Global Burden of Disease Study 2017. Epidermiology and Psychiatric Sciences, 29, e91.
2. Patanon K, Manit S. The parameters for calculating the burden of schizophrenia in Thailand. (2018) J Ment Health Thai. 26: 50-62
3. American Psychiatric Association. (2020). The american psychiatric association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Washington, DC: American Psychiatric Association. Retrieved from https://doi.org/10.5555/appi.books. 9780890424841.Schizophrenia00pre
4. Crismon, M. L., Kattura, R. S., & Buckley, P. F. (2017). Schizophrenia. In Pharmacotherapy: A pathophysiologic approach. New York: McGraw-Hill Education. Retrieved from https://accesspharmacy.mhmedical.com/content.aspx?aid=1149925821
5. Hasan, A., Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, et.al (2017). World federation of societies of biological psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia -- A short version for primary care. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 21(2), 82-90.
6. Barnes, T. R., Drake, R., Paton, C., Cooper, S. J., Deakin, B., Ferrier, I. N., et.al. (2020). Evidence based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the british association for psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology, 34(1), 3-78.
7. โรงพยาบาลพังโคน. (2567). เวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลพังโคน.
8. วาสนันท์ พลไพรินทร์. (2564). ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์แบบ องค์รวมในผู้ป่วยจิตเภท. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

9. สุรพร ศุภโรจนอุดม, บัววรุณ ศรีชัยกุล, และ สงัด เชื้อลิ้นฟ้า. (2560) การพัฒนารูปแบบการบริบาลทาง เภสัชที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ในเขตตำบลหนองแสง อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 18(3), 96-106. Retrieved from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/106848
10. ปรียา ยุคันตวนิชชัย. (2564) ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาทางไปรษณีย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 5(10), 99-114.
11. ณภัคอร ช่วงสกุล. (2564) ผลการบริบาลทางเภสัชในผู้ป่วยที่ใช้ยาลิเทียม คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36(3), 556-562.
12. Kemmis, S., & McTaggart, R. (Eds.). (1988). The action research planner (3rd ed.). Geelong, Victoria: Deakin University Press.
13.Taro Yamane. (1973). Stotistics: on introductory analysis. New York: New York: Harper & Row.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care)โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเมือง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

Development of an Intermediate Care Model with Community Participation, Ban Khok Muang Subdistrict Health Promoting Hospital, Prakon Chai District Public Health Office, Buriram Province.

(Received: March 21,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

ธีระ วาลีประโคน[1]
Teera Waleeprakhon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate care)โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ 1.การทบทวนวิเคราะห์ปัญหาเดิมสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง 2.วางแนวทางสำหรับการพัฒนารูปแบบใหม่ 3.การจัดทำแนวการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ระยะดำเนินการ 1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง 2. การให้การตรวจประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) การเคลื่อนไหว และอุปกรณ์ที่จำเป็นที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3. การให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและส่งเสริมสุขภาพสำหรับญาติหรืออาสาสมัครในชุมชน /การอบรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่อาสาสมัครในชุมชน 4. การออกติดตามเยี่ยมบ้าน 5.การพัฒนาระบบการส่งต่อทางไลนหรือโทรศัพท์สำหรับการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ระยะประเมินผล การพัฒนารูปแบบใหม่และการวัดการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ และเปรียบเทียบข้อมูลก่อน-หลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา: ผลการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางสามารถเข้าถึงการบริการหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ถึง 97 % ของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการเปรียบเทียบพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P< 0.01$) การประเมินระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.75 (S.D.=0.23) และระดับความพึงพอใจของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางอยู่ในเกณฑ์น่าพอใจมาก

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, ผู้ป่วยระยะกลาง, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This study aimed to develop a model for intermediate care of stroke patients through community participation. This study was action research divided into three phases. The preparatory phase, which includes (1) reviewing and analyzing existing problems in intermediate care for stroke patients; (2) establishing guidelines for new model development; and (3) formulating a framework for developing the intermediate care model for stroke patients. The implementation phase, which includes (1) clarifying the objectives of the intermediate care model development for healthcare staff and caregivers of stroke patients; (2) conducting assessments of Activities of Daily Living (ADL) levels, mobility, and essential

[1] ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเมือง อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 31140

equipment required for patients post-hospital discharge; (3) providing knowledge on physical rehabilitation and health promotion for relatives or community volunteers and conducting rehabilitation training for community volunteers; (4) conducting home follow-up visits; (5) developing a referral system via Line application or telephone for continuous follow-up and monitoring of symptoms. The evaluation Phase, the development of a new model and the measurement of changes in Activities of Daily Living (ADL) abilities. The data were analyzed using descriptive statistics, including percentages, and compared the pre- and post-test data using the Paired t-test.

Results: The results of the community-based participation model for intermediate care in stroke patients showed that 97% of stroke patients discharged from the hospital were able to access post-hospital discharge services. The comparison results showed that the mean scores of Activities of Daily Living abilities of patients after the development of the intermediate care model for stroke patients increased significantly ($P < 0.01$). The evaluation of the level of knowledge and understanding in patient care found that caregivers had knowledge, understanding, and the ability to put it into practice at a mean score of 2.75 (S.D. = 0.23) and the level of satisfaction among relatives regarding intermediate care for stroke patients was at a very satisfactory level.

Keywords: model development, intermediate care, community participant

บทนำ

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข สาขาระบบบริการดูแลระยะกลางใน พ.ศ. 2560 โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤต และมีอาการคงที่ แต่ร่างกายบางส่วนยังบกพร่อง และมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ให้ได้เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพสูงสุดของผู้ป่วยโดยผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ซึ่งพบว่าประเภทของกลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ที่พบส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury), การบาดเจ็บทางศีรษะ (Traumatic head injury) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) หรือโรคอัมพาต หรืออัมพฤกษ์ เป็นโรคทางระบบประสาทที่สำคัญและพบบ่อย องค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่าทุกปี จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคน ทั่วโลกโดยมีผู้ป่วยประมาณ 5 ล้านคน พิการถาวรและอีกกว่า 5 ล้านคน เสียชีวิต ซึ่ง 2 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตป่วยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า สำหรับประเทศไทยได้คาดการณ์ว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีไม่ต่ำกว่า 150,000 ราย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 รองจากโรคหัวใจ อุบัติเหตุ และมะเร็ง พบมากในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2560) แม้วิทยาการทางการแพทย์ส่งผลให้ผู้ป่วยรอดชีวิตหรือทำให้สมองส่วนที่ขาดเลือดฟื้นตัวแต่ก็ยังมีผู้ป่วยอีกมากที่หลังการรักษาในช่วงเฉียบพลันแล้วยังคงมีความบกพร่องของร่างกายปรากฏอยู่เช่น แขน ขาเป็นอัมพาตใช้การไม่ได้ จึงทำกิจวัตรประจำวันลำบากและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว ถ้าเขาเหล่านั้นขาดความรู้ ความเข้าใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการทุพพลภาพอันดับต้นๆ ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาและการบำบัดฟื้นฟูสูงขึ้นและเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับชาติ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายและการให้การ

ติดตามการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน และญาติผู้ดูแลส่งผลทำให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาตามกระบวนการของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่สำคัญ และยังช่วยกระตุ้นการฟื้นตัวของสมองและระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อได้เร็วขึ้น ลดความพิการซ้ำซ้อน ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พึ่งพาผู้อื่นน้อยลง ลดภาระการดูแลของญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมเอื้ออำนวย สามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัยและยืนยาวเพื่อดำรงตนอยู่ในครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ได้เห็นความสำคัญของการให้บริการด้านการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง โดยกำหนดเป็นสาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจัดเป็น Service plan สาขา Intermediate care จากรายงานสถิติของจำนวนผู้ป่วยระยะกลางรายใหม่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ช่วงสถิติปี 2565-2567 พบว่ามีจำนวน 4,600 4,700 และ 4,900 คน ตามลำดับ ซึ่งจากสถิติดังกล่าวพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางเพิ่มขึ้นทุกปี นั่นหมายถึง การดูแลระยะยาวที่ต่อเนื่องหลังมีการจำหน่าย จะต้องมีการเตรียงความพร้อมสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพในหน่วยบริการให้ทันต่อการดำเนินของโรคในช่วงระยะเวลา 6 เดือนแรกของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และโอกาสในการเกิดความพิการหากไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายที่เหมาะสมและทันเวลา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเมือง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จัดเป็นหนึ่งในหน่วยบริการของการปฏิบัติงานด้านการกำกับดูแลตัวชี้วัด นโยบาย Service plan สาขา Intermediate care และให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ในการให้การดูแลสุขภาพของประชาชนใน รพ.สต.โคกเมือง ในด้านของการให้บริการ ตรวจ รักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจในการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางหลังมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การดูแลต่อเนื่องที่บ้านหลังการจำหน่าย[1,2,3]

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของการให้บริการในบริบทของพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโคกเมือง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งประชากรส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น และจากการสำรวจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางรายใหม่ในปี 2565-2567 พบว่ามีจำนวน 85 90 และ 125 คนตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี สำหรับผลของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทางด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งหรือสองข้าง ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและมีโอกาสเกิดความพิการหากไม่ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ดังนั้นการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต่อเนื่องหลังมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง การเพิ่มศักยภาพการดูแลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางหลังการจำหน่ายให้สามารถเข้าถึงการบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มมากขึ้น แต่ในรูปแบบเดิมการบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางหลังการจำหน่ายเป็นการให้บริการในหน่วยบริการตามการนัดติดตามและออกเยี่ยมบ้านเดือนละ1 ครั้งตามการให้บริการดูแลผู้ป่วยหลังมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดสมองระยะกลางหลังการจำหน่าย การเข้าถึงบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมและในผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติหรือผู้ดูแลประจำ ส่งผล

ให้ไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่ต่อเนื่องมีโอกาสเกิดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อยึดติด แผลกดทับและปอดติดเชื้อ โอกาสจะได้เข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ง่าย จากปัญหาดังกล่าวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเมือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ได้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จึงได้สนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care)โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเมือง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อดึงศักยภาพของชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้านและชุมชน เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมสำหรับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางหลังการหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในชุมชน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเกิดความพิการและภาวะแทรกซ้อนหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเมือง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเมือง สาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยมีระยะเวลาในการศึกษาระยะเวลา 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในพื้นที่รับผิดชอบบ้านโคกเมือง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มีได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระยะกลางที่ต้องได้รับการรักษา อายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน
2. ญาติและผู้ดูแล จำนวน 20 คน
3. อาสาสมัครในชุมชน จำนวน 30 คน ในพื้นที่การให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโคกเมือง ตำบลจรเข้มาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่าง

สูตรที่ใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง อ้างอิงจากสูตรการคำนวณประชากรกลุ่มตัวอย่างของทาโรยามาเน่ (พวงรัตน์ มณีรัตน์/2563) คำนวณดังนี้ n=N/1+Ne*0.5^2 ผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่ให้บริการที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเมือง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ในปี 2565-2567 = 70 ราย ดังนั้นจึงคำนวณจำนวนประชากรที่จะนำมาศึกษาดังนี้ n = 70/1+70*0.05^2 = 62 คน จากการคำนวณสูตร พบมีจำนวนประชากรที่เหมาะสมสำหรับนำมาศึกษาจำนวน 62 คน เนื่องจากในพื้นที่มีจำนวนประชากรโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เพียง 20 คนที่ผ่านการคัดเข้าสำหรับการวิจัย จึงมีจำนวนประชากรแบบเจาะจงจำนวน 20 คน มาศึกษาในครั้งนี้ ญาติหรือผู้ดูแลจำนวน 20 คน รวมเป็นผู้เข้ารับการศึกษาในครั้งนี้จำนวน 40 คน อาสาสมัครในชุมชน จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. แพทย์มีการตรวจประเมินและวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ตามเกณฑ์การแบ่งประเภทผู้ป่วยระยะกลาง

2. ค่าคะแนนของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) ไม่เกิน 15 คะแนน

3. มีญาติและผู้ดูแลประจำในการให้การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อเนื่อง

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยระยะกลางที่มีสภาวะไม่คงที่หรือยังไม่พ้น 72 ชั่วโมง

2. ผู้ป่วยระยะกลางที่เข้าเกณฑ์ long term care

3. ผู้ป่วยระยะกลางที่ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่อง

4. ผู้ป่วยมีสภาวะความดันโลหิตสูงที่มีการใช้การรักษาด้วยการใช้ยาลดความดัน และมีการปรับยาก่อนเข้าร่วมวิจัยไม่เกิน ๒ สัปดาห์หรือปรับยาระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย

5. มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่อยู่ระหว่างรักษาด้วยยาคลายเครียด ยานอนหลับ หรือยาที่รักษาอาการทางสุขภาพจิต ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายและการรับรู้

สำหรับผู้ดูแล

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป

2. ได้รับการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการรพสต.

3. เป็นญาติที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำในระยะเวลาของการศึกษา

4. สามารถสื่อสารและรายงานผู้ป่วยเพื่อแจ้งเจ้าหน้าที่ได้

อาสาสมัครในชุมชน

1. เป็นเจ้าหน้าที่อาสาสมัครในชุมชมที่ได้รับมอบหมายในการดูแลผู้ป่วย 10 ครัวเรือนประชากร

2. ผ่านการอบรมหลักสูตรการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

3. สามารถลงติดตามเยี่ยมบ้านและให้บริการตรวจวัดระดับความดัน การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว และประเมินอาการผู้ป่วยเบื้องต้นได้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 ข้อมูลที่ศึกษาประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยจำนวน ๙ ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประเภทผู้ป่วยระยะกลาง โรคประจำตัว จำนวนวันนอนเฉลี่ย และภาวะแทรกซ้อนระหว่างเข้ารับการฟื้นฟู

1.2 แบบประเมินค่าคะแนนกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel index)

1.3 แบบประเมินการรับรู้ความพร้อมเพื่อการจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ฉบับผู้ดูแล (กนกวรรณ ชั้นอินทร์งามและคณะ 2567) และผู้วิจัยมีการทบทวนวรรณกรรมการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับญาติหรือผู้ดูแล ทั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงแบบสอบถาม (Validity) โดยผ่านการทดสอบในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง 10 รายใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.79สัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้วิจัยออกแบบสอบการวัดความรู้ของญาติหรือผู้ดูแล ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1. แบบวัดความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวัด ความรู้ก่อน - หลัง ประกอบด้วยเนื้อหาดังนี้ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 4ข้อ ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อาการ การประเมิน และการรักษาฟื้นฟู ข้อห้ามข้อควรระวัง 2. แบบการประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้าน

กายภาพบำบัด จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย การฝึกการบริหารแขน ขาทางด้านอ่อนแรง การจัดท่าทาง การพลิกตะแคงตัว การฝึกลุกนั่ง การฝึกการทรงตัว การเคาะปอด การฝึกการใช้อุปกรณ์ 3. การเฝ้าระวังการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย การป้องกันภาวะไหล่ติด ภาวะปวด บวม และแผลกดทับ โดยสร้างคำถามให้ผู้ตอบเลือกตอบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนน 0 ไม่มีความรู้และไม่สามารถปฏิบัติได้ คะแนน 1 มีความรู้และปฏิบัติได้บางส่วน คะแนน 2 มีความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้ แบบประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ลักษณะของคำตอบคะแนนรวม 30 คะแนน 0 คะแนน ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด 1-15 หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและสามารถนำไปปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพได้บางส่วน และ 16-30 คะแนนมีความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถนำไปปฏิบัติได้

1.4 แบบสอบถามความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยและญาติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 แผนการสอนให้ความรู้เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำราและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

2.2 แผนการสอนวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ถูกต้อง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำราและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางให้กับผู้ดูแลและอสม.ในชุมชน

2.3 แผ่นพับให้ความรู้และสื่อวิดีโอการสอนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้านสำหรับญาติหรือผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำราและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยเน้นการลงชุมชนและติดตามเยี่ยมบ้าน

2.4 การพัฒนาระบบการส่งต่อผ่านทางไลน์ระหว่างหน่วยบริการของรพสต.และชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบเพื่อการเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (validity) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรู้ และโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปทดลองใช้ต่อไป **ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)** ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach s Coefficient + Alpha) ได้ผลวิเคราะห์ความเชื่อมั่น พบว่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เท่ากับ 0.79

ขั้นตอนในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเมือง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

ระยะเตรียมการ

- การสำรวจข้อมูลพื้นฐานในชุมชนในการเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง โดยได้รับการมีส่วนร่วมจากผู้นำชุมชน อสม.ในพื้นที่และญาติหรือผู้ดูแล

- การวางแผนการให้การบริการในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน

- ค้นคว้าข้อมูลด้านการรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง ร่วมกับการจัดบริการให้สามารถเข้าถึงการบริการในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในระยะเวลา 6 เดือน

- การวางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านและการสอนผู้ดูแลทางด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางหลังมีการจำหน่ายมารักษาต่อเนื่องที่บ้าน

ระยะดำเนินการ

- การจัดทำแนวปฏิบัติในการให้บริการด้านการตรวจ รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่าย การสอนผู้ดูแล การติดตามเยี่ยมบ้าน การเก็บข้อมูลครั้งที่ 1

- จัดบริการตรวจรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพในหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเมือง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

- การจัดการอบรมการสอนผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน จำนวน 70 ชั่วโมงร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นตำบลจรเข้มาก 2 ครั้ง ติดตามประเมินผลก่อน-หลัง

- การให้คำแนะนำด้านการดูแลตนเอง เสริมพลังในชุมชนในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนหลังมีการจำหน่าย

- การติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะกลางเดือนละ 1 ครั้งต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน

- การจัดทำระบบการส่งต่อในรูปแบบของ line ไลน์สำหรับการติดตามผลการดำเนินงาน และการส่งต่อผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน

- รูปแบบของการพัฒนา มีการเผยแพร่ในทีมสุขภาพระดับตำบลโดยมีผู้นำชุมชนโรงพยาบาลส่งส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเมืองอาสาสมัครในชุมชน และญาติผู้ดูแลเพื่อให้การดำเนินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการจำหน่ายตามรูปแบบที่กำหนด

ระยะติดตาม

- ประเมินผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)

- ระดับความรู้ในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในชุมชน

- แบบประเมินระดับความพึงพอใจของการให้บริการสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เมื่อครบ 24 สัปดาห์ติดตามผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ผลของการศึกษาข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ผลลัพธ์หลักของการศึกษา (Primary outcome) คือ

เปรียบเทียบค่าการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อน-หลังในระยะเวลา 24 สัปดาห์ ระดับความรู้ของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชนก่อน-หลัง ในระยะเวลา 24 สัปดาห์ ระดับความพึงพอใจในการรับบริการในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน ในระยะเวลา 24สัปดาห์

สถิติที่จะใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ และ สถิติ Paired t-test dependent

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

สามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ดังต่อไปนี้

โดยในรูปแบบเดิมเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เจ้าหน้าที่การให้การดูแลผู้ป่วยหลังมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและติดตามในหน่วยบริการ ในหน่วยตามการให้บริการทั่วไป เป็นการรับคำปรึกษาหรือการส่งต่อคำแนะนำด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางหลังมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังไม่ได้มีการขยายการดูแลสุขภาพโดยการดึงผู้นำชุมชน หรือ อสม.มาร่วมในการดูการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน เป็นการประสานการร่วมมือทางด้านสุขภาพในด้านของการส่งเสริมความรู้การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การจัดอบรมด้านการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และการออกติดตามเยี่ยมบ้าน การประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในรูปแบบของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางจำนวน 20 คน ส่วนมากเป็นเพศชายจำนวน 12 คนร้อยละ 60 เพศหญิงจำนวน 8 คน ร้อยละ 40 อายุ อยู่ในช่วง 60-64 ปี จำนวน 10 คน ร้อยละ 50 และอยู่ในช่วง 65-70 ปี จำนวน 10 คน ร้อยละ 50 สถานภาพทางครอบครัว ส่วนมากแต่งงาน/อาศัยด้วยกัน จำนวน 20 คน ร้อยละ 100การนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 20 ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 20 คน ร้อยละ 100 อาชีพส่วนมากอาชีพเกษตรกรรร จำนวน20 คน ร้อยละ 100.00 ค่าดัชนีมวลกายส่วนมากอยู่ในช่วง 23 – 24.90 kg/m^2 (น้ำหนักเกิน) จำนวน 15 คนร้อยละ 75 (Mean ± SD=23.00±3.19) และช่วง 25-29.50 kg/m^2 (อ้วน) จำนวน 5 คนร้อยละ15(Mean ± SD=23.00±1.19) โรคประจำตัวส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 10 คน ร้อยละ 50 และ ไขมันในเลือดสูง จำนวน 10 คนร้อยละ 50 และไม่มีประวัติเป็นโรคประจำตัว จำนวน 10 คนร้อยละ 50 ตามลำดับ

ผลของลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)ในระยะเวลา 24 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของชุมชุนมีค่าคะแนน Barthel index เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับP<0 .01

สรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ปัญหา รูปแบบเดิมการให้บริการในหน่วยบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเมือง ตำบลจระเข้มาก อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งเป็นกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นจากเดิมที่ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลประโคนชัย เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการมีการติดตามการให้บริการและนัดมาเพื่อติดตามอาการในหน่วยบริการ แต่จากการให้บริการพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในบางรายไม่มีญาติ หรือญาติขาดความรู้ในด้านการดูแล ส่งผลต่อปัญหาทางด้านครอบครัว เศรษฐกิจ ผู้ป่วยบางรายเป็นผู้นำครอบครัว และสังคม จากปัญหาเหล่านี้ได้มีการทบทวนวรรณกรรมในด้านของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในด้านของการส่งเสริมสุขภาพการป้องกัน ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนโดยแกนนำสุขภาพในชุมชน อสม. การประชุมทีมสุขภาพในระดับ คปสอและท้องถิ่นร่วมในการผลักดันนโยบายและการอบรมการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่แกนนำในชุมชน เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในชุมชน โดยผลการศึกษา โดยผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางจำนวน 20 คน ส่วนมากเป็นเพศชายจำนวน 12 คนร้อยละ 60 เพศหญิงจำนวน 8 คน ร้อยละ 40 อายุ อยู่ในช่วง60-64 ปี จำนวน 10 คน ร้อยละ 50

อยู่ในช่วง 65-70 ปี จำนวน 10 คน ร้อยละ 50 สถานภาพทางครอบครัว ส่วนมากแต่งงาน/อาศัยด้วยกัน จำนวน 20 คน ร้อยละ 100การนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 20 ร้อยละ 100 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา จำนวน 20 คน ร้อยละ 100 อาชีพ ส่วนมากอาชีพเกษตรกรรร จำนวน20 คน ร้อยละ 100.00 ค่าดัชนีมวลกายส่วนมากอยู่ในช่วง 23 – 24.90 kg/m^2 (น้ำหนักเกิน) จำนวน 15 คนร้อยละ 75 (Mean ± SD=23.00±3.19) และช่วง 25-29.50 kg/m^2 (อ้วน) จำนวน 5 คน ร้อยละ15 (Mean ± SD=23.00±1.19) โรคประจำตัวส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 10 คน ร้อยละ 50 และไขมันในเลือดสูง จำนวน 10 คนร้อยละ 50 และไม่มีประวัติเป็นโรคประจำตัว จำนวน 10 คนร้อยละ 50 ตามลำดับ ดังตาราง 4.1

ผลของการคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) พบว่ามีค่าคะแนนการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P<0.01 ด้านของค่าคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางของญาติหรือผู้ดูแลหลังได้รับการอบรมการฟื้นฟูสมรรถภาพพบว่า ผู้ดูแลหรือญาติ มีความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยได้ ความพึงพอใจในการให้บริการในด้านของขั้นตอนในการบริการ การให้บริการ และการติดตามประเมินผลพบว่าผู้ป่วยและญาติมีระดับความพึงพอใจในการบริการอยู่ในระดับพึงพอใจมาก

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นรูปแบบการพัฒนาทางด้านการให้บริการผู้ป่วยในชุมชน โดยเน้นให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลคนในชุมชน โดยระยะของการศึกษา เป็นการทบทวนปัญหา และการทบทวนวรรณกรรมการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การพัฒนาศักยภาพของการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นรูปแบบการดูแล ซึ่งมีขั้นตอนของการดำเนินงาน ในรูปแบบของการวางแผนงาน การประชุมทีมนำในทุกภาคส่วนระดับตำบล การจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในระดับปฐมภูมิ การพัฒนาระบบการส่งต่อ การใช้เทคโนโลยีไลน์มาช่วยในการบริหารจัดการงานการให้บริการติดตามการเยี่ยมบ้าน การอบรมแกนนำในชุมชนด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และการติดตามประเมินผลลัพธ์ทางด้านคลินิกร่วมกับหน่วยบริการของโรงพยาบาลประโคนชัย จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางได้รับการดูแลและมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตประจำวัน มีค่าคะแนนของ Barthel index เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P<0.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของถมญาณี โชติการณ์และคณะ[4] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัด กาฬสินธุ์ ที่พัฒนาขึ้น จะมี การเชื่อมต่อระบบการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีระบบการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพโดยใช้โปรแกรม COC โปงลาง Stroke@BI และไลน์กลุ่ม IMC บูรณาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะ กลางจากทุกภาคส่วนทั้งทีมสหวิชาชีพ ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำให้ผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพ และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน ร้อยละ 90.98 ในส่วนของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย ระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.80

และมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยมีค่าคะแนนอรรถประโยชน์จากแบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L และคะแนนคุณภาพชีวิตจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต VAS เพิ่มขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินงาน มีการประสานความร่วมมือในระดับตำบล ในส่วนของท้องถิ่น เข้ามาร่วมในการส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยมีการให้แกนนำในชุมชนทุกชุมชนของเขตบ้านโคกเมือง ตำบลจระเข้มาก อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์เข้ามามีส่วนร่วมในระบบการจัดการสุขภาพ ได้แก่การประชุมทีมนำระดับตำบล การให้การอบรมผู้ดูแลและญาติ การส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่บ้านโคกเมือง การลงติดตามเยี่ยมบ้านเสริมพลังการอบรมผู้ดูแลสำหรับเป็นแนวทางสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย การพัฒนาระบบการส่งต่อทางไลน์ เพื่อสื่อสารข้อมูลด้านการให้บริการประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาของอาพร มงคลศิลป์ และ อรอนงค์ เจ๊กภู่[5] ในการศึกษามีภาคีเครือข่าย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 หมู่บ้าน รวม 30 คน กลุ่มตัวอย่างในการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่จำนวน 46 คน ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ด้านองค์กร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับ การเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ IMC และผลลัพธ์ด้านการพยาบาลต่อผู้ป่วย คือ ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น

ในการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลรู้สึกได้เข้าถึงการบริการและมีความพึงพอใจในการจัดบริการโดยการดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา กรองแก้ว โตชัยวัฒนและคณะ[6] ซึ่งได้ศึกษาผลของกาผลของการใช้เครือข่ายระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในเขตพื้นที่โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยในการศึกษาเป็นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังเข้าร่วมพัฒนาระบบพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในขณะที่คะแนนความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลง เมื่อเทียบกับ 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์, 4 สัปดาห์ และ 6 เดือน นอกจากนี้ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจต่อการบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลายส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย และญาติหรือผู้ดูแลได้มีความรู้สำหรับการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในด้านของการพัฒนารูปแบบการบริการดังกล่าวแต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ติดตามผล 24 สัปดาห์และมีการประเมินผลลัพธ์ในระยะเวลาที่กำหนดอาจต้องมีการติดตามผลในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรมีการจัดทำแนวทางการให้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในเขตของหน่วยบริการโดยยึดการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มกลุ่มที่มีการติดตามต่อเนื่องและกลุ่มที่ได้รับบริการทางหน่วยบริการตามปกติ

3. ควรมีการจัดอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายแก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง อย่างต่อเนื่องทุกปี

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้เพราะความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้คำปรึกษา ทุกท่าน ได้ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและให้คำปรึกษาอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัยและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือด้านการค้นคว้าหาข้อมูลและเป็นกำลังใจให้เสมอมา รวมถึงผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย.(2552). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับการพยาบาลทั่วไป (Clinical Nurse Practice Guideline for Stroke).
2. กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา.(2559).แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Clinical practice guideline for stroke rehabilitation.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อ ปี 2560-2564. [database on the Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 20]. Available from: http://www.thaincd.com/2016/mission.
4. ถมญาณี โชติการณ์และคณะ .(2023).การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา .ปี8 (4) ; 804-814.
5. อาพร มงคลศิลป์ และ อรอนงค์ เจ็กภู่ .(2566).การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเขตเมือง.หน้า 1-12.
6. กรองแก้ว โตชัยวัฒน นภชา สิงห์วีรธรรม และ กติตพิร เนาวสุวรรณ.(2023).ผลของการใช้เครือข่ายระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลอดเลือด สมองระยะกลางในเขตพื้นที่โรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี.วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 17(2) ; 50-61.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

การพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ในผู้ป่วยระยะประคับประคอง โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

The Development of an advance care plan model for palliative care patients, Nong Song Hong Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: March 22,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

กฤษณา คุณชื่น[1] พิมลวรรณ กัมปนานุรักษ์[2]
Krissana Khuncheun[1] Pimolwan Kampananuruk[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ : 1) เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ของผู้ป่วยระยะประคับประคอง อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ของผู้ป่วยระยะประคับประคอง อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น 3.เพื่อศึกษาผลของการออกแบบรูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan)ของผู้ป่วยระยะประคับประคอง อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติ (Action research) 1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 40 คน 2. ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 40 คน ซึ่งมีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะเตรียมการ ทบทวนสถานการณ์การเกิดภาวะ good death รูปแบบเดิม ระยะการดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบ การประเมิน การสนทนาระหว่างผู้ป่วย ญาติ การวางแผนการดูแลในโรงพยาบาลและหลังการจำหน่าย การติดตามเยี่ยมบ้าน ระยะประเมินผล วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงระดับอาการปวดโดยใช้สถิติแบบ Paired t-test และระดับความพึงพอใจของการให้บริการการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา : พบว่าค่าเฉลี่ยของอาการปวด(pain) ก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P< 0.001) และระดับความพึงพอใจของญาติในการรับบริการแบบประคับประคองอยู่ในเกณฑ์น่าพอใจมาก

คำสำคัญ: การวางแผนการดูแลล่วงหน้า, ผู้ป่วยระยะประคับประคอง

ABSTRACT

This study aimed to : 1) study and analyze the situation of advance care plan for palliative care patients, Nong Song Hong Hospital, Khon Kaen Province. 2) develop a care model for advance care plan for palliative care patients, Nong Song Hong District, Khon Kaen Province. 3. To study the results of designing an advance care plan for palliative care patients in Nong Song Hong District, Khon Kaen Province.

This study was an action research. 1. Selected a sample group of 40 patients diagnosed as palliative patients. 2. 40 relatives or caregivers of the patients who had the authority to make decisions on behalf of the patients. It was divided into 3 steps: preparation phase, the review of the situation regarding the previous model of good death. Implementation phase, model development, evaluation, patient-family discussions, care planning in the hospital and after discharge, and home visit follow-up. Evaluation phase, the changes in pain level was analyzed using Paired t-test and the satisfaction level of patient care services was analyzed using descriptive statistics, percentage, and standard deviation.

Results: It was found that the mean pain scores before and after were significantly different (P< 0.001) and the satisfaction level of relatives in receiving palliative services was very satisfactory.

Keywords: advance care plan, palliative care patients

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองมีคำศัพท์ที่ใกล้เคียงกันคือ End of life care, Terminal care, Hospice care, Supportive careและ Palliative care แต่มีความหมายที่แตกต่างกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน World Health Organization (WHO) ได้ให้ความหมายของแต่ละคำว่าไว้ดังนี้ คือ “End of life care”ว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่ามีระยะเวลาในการใช้ชีวิตที่เหลือไม่เกิน 6 เดือนถึงจะเสียชีวิต สำหรับ Terminal care เป็นการดูแลผู้ป่วยช่วงใกล้เสียชีวิตประมาณ 1 สัปดาห์สุดท้ายจะเรียก ช่วงนี้ว่าระยะใกล้ตาย (Dying) ส่วนคำว่า “Hospice care” เป็นการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งรักษาไม่ได้ แต่จะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะทำได้คำนึงถึง คุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่และมุ่งเน้นการรักษาที่ยังคงรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลักไม่มีการเร่งหรือยืดความตายออกไปได้ทำให้การดูแลแบบ Hospice care จะต้องใช้บุคคลากรทางการแพทย์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยบริการที่เป็นสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาลที่จัดหอผู้ป่วยใหม่มีลักษณะคล้ายบ้านรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต(Hospice unit) ขณะ ที่คำว่า “Supportive care” เป็นการดูแลแบบบรรเทาอาการ ซึ่งใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะของโรครุนแรงและคุกคามชีวิต เช่นโรคมะเร็งระยะท้าย โรคหัวใจวายระยะท้าย เป็นต้น มีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการ การบรรเทาภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาครอบคลุมการดูแลทางด้านจิตสังคม ด้านสังคม และจิตวิญญาณของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคที่รุนแรง สำหรับคำสุดท้ายคือ “Palliative care” คือการดูแลที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เพื่อนำพาไปสู่ภาวะ Good death[1]

ประเทศไทยปี 2564 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งจะพบว่าในระบบสุขภาพจะพบว่ามีประชาชนผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพเพิ่มสูงมากขึ้น และกลุ่มโรคที่พบในผู้สูงอายุ 3 อันดับแรกในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็ง ซึ่งโรคมะเร็งเป็นกลุ่มโรคที่มีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคร้ายแรง และโรคที่คุกคามต่อชีวิตเพิ่มสูงขึ้นจากสถิติจำนวนผู้ป่วยระยะประคับประคองในประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ผลการสำรวจความชุกของผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลทุติยภูมิ 14 แห่งทั่วประเทศไทย พ.ศ. 2561 พบว่าผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยระยะท้ายเฉลี่ยร้อยละ 18.7 (1,079 ราย) ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 17.3 หรือ 187 ราย (กองยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข,2561)รวมทั้งโครงสร้างประชากรกำลังก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์นั้น ส่งผลให้การดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนดูแลล่วงหน้าและการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐(Advance directive) มีความสำคัญและมีบทบาทต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนที่จะทำให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตมี “คุณภาพชีวิตที่ดี” และ “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ในขณะเดียวกันก็จะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยในระยะสุดท้าย “ที่ไม่จำเป็น” ทั้งในส่วนของผู้ป่วยและครอบครัว และในภาพรวมของประเทศลดน้อยลง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ประกาศให้มีมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standards for advance care planning) พ.ศ.2525 เพื่อส่งผลให้เกิดองค์ความรู้และมาตรฐานแผนการดูแลล่วงหน้าของประเทศไทย ที่ได้รับการยอมรับจากทุกหน่วยงาน สามารถนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพในด้านการดูแลแบบประคับประคอง(Palliative care) ของแต่ละสถานพยาบาล ในประเทศไทย[2] กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัด

ขอนแก่น ได้มีการดำเนินนโยบายภายในด้านของการให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อตอบรับนโยบายการดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียม โดยในกลุ่มเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองจากการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2565-2567 มียอดผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ให้บริการจำนวน 148 178 และ 225 ตามลำดับ จากเดิมที่การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองเป็นการติดตามผู้ป่วยและให้การดูแลในหน่วยบริการ การให้ความรู้กับญาติในการดูแลผู้ป่วย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า แต่ยังไม่มีระบบในการดูแลหลังมีการจำหน่ายที่ชัดเจน จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2565-2567 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เสียชีวิตในโรงพยาบาลรวมจำนวน 41 ราย ซึ่งพบว่า 2 รายไม่เป็นไปตามประสงค์ของการเกิดภาวะ good death เนื่องจากผู้ป่วยแสดงเจตจำนงต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน แต่ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนที่บุตรหลานจะตัดสินใจพากลับบ้าน และยังพบปัญหาในเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในปี 2567 พบว่า ร้อยละ62 การตัดสินใจส่วนใหญ่เป็นของญาติ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตายดีได้ (Good death) ศูนย์ดูแลประคับประคองโรงพยาบาลหนองสองห้อง ได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้สนใจที่จะศึกษา การพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การดูการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ของผู้ป่วยระยะประคับประคอง อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ของผู้ป่วยระยะประคับประคอง อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อศึกษาผลของการออกแบบรูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ของผู้ป่วยระยะประคับประคอง อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลการวางแผนล่วงหน้า(advance care plan)ในผู้ป่วยระยะประคับประคองส่งผลทำให้ผู้ป่วยตายดี

วิธีการวิจัย

รูปแบบของงานวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (Action research) ศึกษาแบบวัดผลลัพธ์กลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง เพื่อติดตามผลของการพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองแบบล่วงหน้า โดยในการการศึกษาดังกล่าวเพื่อกำหนดรูปแบบในการพัฒนาการให้บริการการดูแลวางแผนล่วงหน้าในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ระยะเวลาในการดำเนินการตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2567 ถึงเดือน กันยายน 2568 รวมเวลา 12 เดือน

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่จะศึกษา เป็นการวัดผลการศึกษากลุ่มเดียว เปรียบเทียบ ก่อน - หลังเป็นผู้ป่วยระยะประคับประคอง ที่ได้รับการตรวจประเมินและวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน จำนวนประชากรทั้งหมด 40 คน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง จำนวน 40 คน ซึ่งมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

สูตรที่ใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง อ้างอิงจากสูตรการคำนวณประชากรกลุ่มตัวอย่างของทาโร

ยามาเน่ คำนวณดังนี้ n=N/1+Ne*0.5^2 จากประชากรที่มารับบริการในโรงพยาบาลหนองสองห้อง ในปี 2565-2567มีจำนวน 3 ปี = 551 ราย ดังนั้นจึงคำนวณจำนวนประชากรที่จะนำมาศึกษาดังนี้ n=551/1+551*0.05^2 = 232 คน จากการคำนวณสูตร พบมีจำนวนประชากรที่เหมาะสมสำหรับนำมาศึกษาจำนวน 232 คน แต่เนื่องจากในการศึกษามีจำนวนผู้ป่วยไม่เพียงพอจึงเป็นการเลือกผู้เข้าร่วมในการศึกษาแบบเจาะจงจำนวน 40 คนตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนด และญาติของผู้ป่วยระยะประคับประคองจำนวน 40 คน รวมจำนวนผู้เข้าร่วมในการศึกษาจำนวนทั้งหมด 80 คน

เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในชุมชน ว่าเป็นผู้ป่วยระยะประคับประคอง

2. ภาวะโรคที่คุกคามชีวิต**: ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคที่คุกคามชีวิต เช่น โรคมะเร็ง, โรคไตเรื้อรัง, โรคหัวใจ, โรคปอดเรื้อรัง, โรคประสาท, โรคเอดส์/เอชไอวี และอื่นๆ

3. การถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวัน ผู้ป่วยที่มีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวัน โดยนั่งหรือนอนมากกว่า 50% ของวัน และต้องพึ่งพิงมากขึ้น

4. ระยะเวลาที่เหลือของชีวิต: ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เหลือของชีวิตประมาณ 6-12 เดือน โดยมีการประเมินจากแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพ

5. ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีความต้องการหรือความพร้อมที่จะเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งอาจเริ่มต้นได้ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

6. ญาติและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการเข้ารับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

เกณฑ์ไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Exclusion criteria)

- ญาติปฏิเสธการร่วมในการวางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะประคับประคอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเครื่องมือดังต่อไปนี้

1.1 แฟ้มประวัติการรักษาผู้ป่วย (Family Folder) ที่มารับการรักษาในหน่วยบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

1.2 แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วย

- ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักส่วนสูง สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน การศึกษา การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับโรคประจำตัว

- แบบการคัดกรองและแบบประเมินผู้ป่วยระยะประคับประคอง ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย Advance care plane , แบบประเมิน PPS , แบบประเมิน ESAS (แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองโรงพยาบาลสวนดอก ,2556)

1.3 แบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการสำหรับการให้บริการผู้ป่วยระยะประคับประคอง ซึ่งมีหัวข้อทั้งหมด 10 หัวข้อ โดยอ้างอิงตามการประเมินพึงพอใจมากที่สุด ระดับคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน การประเมินพึงพอใจมากระดับคะแนนเทากับ 4 คะแนน การประเมินพึงพอใจปานกลาง ระดับคะแนนเทากับ 3 คะแนน การประเมินพึงพอใจน้อย ระดับคะแนนเทากับ 2 คะแนน การประเมินพึงพอใจนอยที่สุด ระดับคะแนนเทากับ 1 คะแนน การประเมินไมพึงพอใจ ระดับคะแนนเทากับ 0 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

2.1 แนวทางการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองล่วงหน้า

2.2 แนวทางการประเมินอาการผู้ป่วย ด้วยแบบประเมิน ESAS และการประเมินอาการ PPS

2.3 แนวปฏิบัติการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

2.4 แผนการปฏิบัติงานการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองล่วงหน้า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินและแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งอ้างอิงจากแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาและปรับรูปแบบการให้บริการเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปทดลองใช้กับระบบบริการผู้ป่วยระยะประคับประคองต่อไป **ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)** ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach's Coefficient + Alpha) ได้ผลวิเคราะห์ความเชื่อมั่น พบว่าความเชื่อมั่นด้านของแบบประเมินและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับผู้ป่วย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยระยะประคับประคอง จำนวน 40 คน ที่ได้รับการตรวจประเมินจากทีมแพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครชุมชน (อสม.) ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะประคับประคอง และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งมีอำนาจตัดสินใจ โดยมีการอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยจนเข้าใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษา และอธิบายขั้นตอนในการเก็บข้อมูล รวมถึงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธโดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการตามปกติ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้

สำหรับเจ้าหน้าที่

แพทย์ ได้รับการตรวจประเมินวินิจฉัยผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่เข้าเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

พยาบาล มีการตรวจและประเมินทางการพยาบาล ประเมินผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบระยะประคับประคอง และส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคและการดูแลอาการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

เจ้าหน้าที่ในชุมชน อาสาสมัครชุมชนที่มีการสำรวจในพื้นที่พบว่ามีผู้ป่วยระยะประคับประคองสามารถรายงานเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิเพื่อแจ้งทีมของโรงพยาบาลส่วนร่วมในการค้นหาและส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ป่วยระยะประคับประคอง เพื่อเข้ารับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและญาติของผู้ป่วยระยะประคับประคองจำนวน 40 คน ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา จากแนวคิดการจัดการความปวด Total Pain ของ Cicely Saunders และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองแบบองค์รวม (Holistic Care)

- การทบทวนปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง
- การทบทวนแนวทางการประเมินความปวดและอาการรบกวนอื่นๆ รูปแบบเดิม
- การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยระยะประคับประคอง
- การสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ
- การสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคอง

1.การออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยการทบทวนวรรณกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การให้ข้อมูลด้านความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองแก่ญาติ และการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองหลังมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย

- การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan)
- การประเมินระดับอาการผู้ป่วยตามแบบประเมิน PPS
- การให้การดูแลรักษาจัดการอาการตามแบบประเมิน ESAS
- การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ
- การให้ความรู้กับครอบครัว Family planning การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม มิติ กาย จิต อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

2. การนำรูปแบบที่ได้มีมาเป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลการวางแผนล่วงหน้า (advance care plan) ซึ่งประกอบด้วย การสนทนากับญาติ การสอบถามความต้องการของผู้ป่วย การสอบถามญาติสำหรับการดูแลผู้ป่วย และการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด การส่งต่อและการวางแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีการประเมินผู้ป่วยระยะประคับประคองด้วยแบบประเมิน ESAS การประเมินระดับความปวด กระบวนการให้ความรู้แก่ญาติด้านอาการและการดูแลด้านสภาพจิตใจ เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมทั้งสนับสนุนการปฏิบัติงานตามรูปแบบแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะประคับประคอง ในระยะนี้จะมีการติดตามอาการและผู้ป่วยอาจมีการเสียชีวิต

3.ระยะที่ 3 ขั้นตอนการประเมินผล

หลังการดำเนินการวิจัย มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางด้านคลินิกและความพึงพอใจในการรับบริการของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะหลังมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 หลังได้รับการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลารวม 6 เดือน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่จะใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การเปลี่ยนแปลงของแบบประเมินของ PPS วิเคราะห์ โดยสถิติที่ใช้แบบ Paired t-test dependent และระดับความพึงพอใจของการให้บริการการดูแลผู้ป่วยสำหรับญาติและเจ้าหน้าที่ในระดับปฐมภูมิ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองเลขที่ REC 019/2568 ลงวันที่ 8 เมษายน 2568

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองให้ได้รับการวางแผนการดูแลตั้งแต่ได้มีการวินิจฉัยโดยกระบวนการ การสนทนาให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแล พูดคุยถึงความต้องการของผู้ป่วย การติดตามอาการผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน ESAS ติดตามอาการปวด ให้ความรู้คำปรึกษาแก่ญาติด้านการดูแลกาย ใจ และจิตวิญญาณ การติดตามเยี่ยมบ้านหลังมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดภาวะ good deathจากการศึกษาพบว่า ลักษณะทั่วไปพบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะประคับประคอง จำนวนรวม 40 ราย และญาติผู้ดูแลจำนวน 40 คน โดยข้อมูลเฉลี่ยเป็นเพศ

หญิง ร้อยละ 62.50 เป็นเพศชาย ร้อยละ 37.50 ช่วงอายุ เฉลี่ย 46.65 ± 13.29 ค่าBMI เฉลี่ย 14.89 ±0.85 สถานภาพทางครอบครัว ส่วนมากแต่งงาน/อาศัยด้วยกัน จำนวน 25 คน ร้อยละ 62.50 สถานภาพโสด จำนวน 7 คน ร้อยละ 17.50 สถานภาพหม้าย จำนวน 8 คนร้อยละ 20 การนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 40 คน ร้อยละ 100 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา จำนวน 28 คน ร้อยละ 60 ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 12 คนร้อยละ 40 ส่วนมากอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 26 คน ร้อยละ 65 อาชีพรับจ้าง จำนวน 14 คน ร้อยละ 35 โรคประจำตัวมะเร็ง จำนวน 24 คน ร้อยละ 60 ไตวายระยะสุดท้าย จำนวน 5 คน ร้อยละ12.5 และภาวะติดเชื้อ จำนวน 11 คน ร้อยละ 27.50 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.1 รูปแบบของการพัฒนาการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามี 4 ขั้นตอนดังนี้ ระยะเตรียมการทบทวนสถานการณ์ของการเกิดภาวะ good death และสถิติจำนวนผู้ป่วยระยะประคับประคอง ระยะดำเนินการ จัดรูปแบบการวางแผนสำหรับการดูแลล่วงหน้า ประกอบด้วย การให้ความรู้โรคสำหรับญาติ การสอบถามความต้องการของผู้ป่วย การหาญาติสำหรับการดูแลผู้ป่วย การให้คำปรึกษาด้านกาย จิต และจิตวิญญาณ การติดตามอาการด้วยแบบประเมิน ESAS ร่วมกับการติดตามเยี่ยม ผลการศึกษาพบว่า ส่วนที่ 1. การทำ advance care planning 2.การประเมิน PPS 3.การประเมิน ESAS และการให้คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ดูแลทางด้านจิตวิญญาณและการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองซึ่งผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับอาการปวดของผู้ป่วยระยะประคับประคองก่อน-หลังได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.01$) เกิดภาวะ good death ร้อยละ 100 ในด้านของความพึงพอใจสำหรับญาติในการรับผู้บริการโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับพึงพอใจระดับมาก

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แบบติดตามผลลัพธ์กลุ่มเดียวก่อน-หลัง โดยรูปแบบของการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองล่วงหน้า กระบวนการสนทนาระหว่างผู้ป่วย และญาติ การชี้แจงอาการแก่ญาติซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบและดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง การประเมินอาการในขณะนอนโรงพยาบาลด้วยแบบประเมินอาการปวดและระดับความหอบเหนื่อย PPS Score และ ESAS Score สอบถามความต้องการของญาติ การวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับญาติก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กระบวนการติดตามดูแลต่อเนื่อง ด้านร่างกายกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ พูดคุยกับญาติเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับกระบวนการดูแลอาการสู่ภาวะ good death จากการศึกษาพบว่าผลของการเปลี่ยนแปลงระดับความปวด PPS ก่อน-หลังได้รับการดูแลวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เกิดภาวะ good death ซึ่งเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองตามแนวทางการรักษาที่มีการกำหนดใน Service plan เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยในแนวทางของการให้การรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะประคับประคองประกอบด้วย การจัดทำ Advance care planning เพื่อเป็นการดูแลให้การความรู้ในด้านของโรคที่ผู้ป่วยเป็น การดำเนินไปของโรค และการจัดการอาการ การวางแผนการรักษาล่วงหน้าพร้อมทำความเข้าใจกับญาติ นอกจากนี้จะมีการติดตามอาการด้วยแบบประเมิน (Palliative Performance Scale for adult Suandok, PPS Adult Suandok) ซึ่งในการจัดทำแบบประเมินและการวางแผนการรักษาล่วงหน้าส่งผลทำให้ผู้ป่วยระยะประคับประคองและญาติมีความเข้าใจในการดำเนินของโรค มีการวางใจและเตรียมรับการเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น โดยทางเจ้าหน้าที่ได้มีการสอน แนะนำและใช้หลักทางศาสนาเข้ามีส่วนในการได้พัฒนาทางด้านจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุยันต์

ลวงพิมาย[3] มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษา 1) ผลการวิเคราะห์ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเพศชาย ร้อยละ 60 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 65 ป่วยมะเร็งที่ตับและท่อน้ำดี ร้อยละ 62.50 มะเร็งหลอดลมและปอด ร้อยละ 12.50 ปัญหาในของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน 2) ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ (1) มีคณะกรรมการดำเนินงาน (2) มีการฝึกอบรมพัฒนาความรู้และทักษะให้แก่ญาติผู้ป่วย (3) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ พบว่า 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน แบบประคับประคอง ในระดับสูงมาก ($\bar{x}$ = 4.59, SD=0.49) 2) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน แบบประคับประคอง ใน ระดับสูงมาก ($\bar{x}$ = 4.52, SD=0.50)

ในการศึกษาในครั้งนี้การดำเนินการได้ให้ความรู้สำหรับญาติสำหรับในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กระบวนการในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะมีการให้ความรู้ของญาติ ทำความเข้าใจสำหรับญาติตัวจริงที่ต้องดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน การติดตามอาการด้วยแบบประเมิน PPS และ ESAS ร่วมกับการรายงานเจ้าหน้าที่หากมีอาการปวดและหอบเหนื่อยที่เสี่ยงที่ต่ออาการของผู้ป่วยกำเริบมากขึ้น การเสริมพลังและการให้ความรู้แก่ญาติ สอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ อ่อนอนงค์ และ เยาวรัตน์ มัชฌิม[4] ได้ศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อส่งเสริมการตายดี พบว่าแนวคิดที่ใช้เป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมมี 7 แนวคิด ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 2) การจัดการรายกรณี 3) การจัดการตนเอง 4) การสร้างเสริมพลังอำนาจในตนเอง 5) การจัดการอาการ 6) การบำบัดทางจิต และ 7) แนวทาง การสื่อสาร กิจกรรมการดูแลในโปรแกรม ประกอบด้วย การจัดการอาการปวดและความไม่สุขสบายทั้งทางร่ายกาย และจิตใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การพูดคุยเพื่อลดความกังวลหรือซึมเศร้า และ การติดตามทางโทรศัพท์ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมครั้งละ 30-60 นาที ระยะเวลาตลอดโปรแกรมอยู่ในช่วง 2 ถึง 6 เดือน ผลของโปรแกรม พบว่า ระดับความปวด ความไม่สุข สบายดีขึ้น คุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และมีความผาสุกในระยะท้ายของชีวิตเพิ่มขึ้น ดังนั้น กระบวนการ Advance care plan สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองล่วงหน้าและเป็นแนวทางให้ ผู้ป่วย ญาติ ได้เตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยเป็นการสนับสนุนให้พร้อมสู่ภาวะ Good death

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรขยายผลของการศึกษาของการพัฒนารูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ในเครือข่ายของระดับปฐมภูมิ

2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มโรคเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดการวางแผนการดูแลล่วงหน้ารายโรค

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่พัฒนามาจากงานประจำสู่งานวิจัย จึงไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบที่ยืนยันให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นจากโปรแกรมนี้เท่านั้น และเป็นการศึกษาติดตามผลลัพธ์หลังการให้การดูแลทางการพยาบาลในผู้ป่วยระยะประคับประคองในด้านของรูปแบบการวาแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) และเป็นโอกาสสำหรับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2014). Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy. 2014; 28(2):130-4.
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.(2556). คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง.พิมพ์ครั้ง ที่1. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ ; 2556.
3. สุยันต์ ลวงพิมาย.(2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบประคับประคองใน ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์.วารสารทางวิชาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์ สุขภาพ.2566; 3 (1): 44-53.
4. วราภรณ์ อ่อนอนงค์ และ เยาวรัตน์ มัชฌิม.(2562). โปรแกรมการดูแลระยะท้ายเพื่อส่งเสริมการตายดี ในผู้ป่วยมะเร็ง: ทบทวนวรรณกรรม.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.2562;39(1):158-169.

แนวทางการพัฒนาตลาดสีเขียวเชิงสร้างสรรค์ จังหวัดปทุมธานี

THE GUIDELINES FOR CREATIVE GREEN MARKET DEVELOPMENT IN PATHUM THANI PROVINCE.

(Received: March 22,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

พีรยา ทองเครือ[1] สุนทรี จีนธรรม[2] พรนภา เตียสุธิกุล[3] และประวรดา โภชนจันทร์[4]
Peeraya Thongkruer[1], Soontaree Cheentam[2], Pornnapa Tiasuthikun[3], and Praworada Pochanajun[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องแนวทางการพัฒนาตลาดสีเขียวเชิงสร้างสรรค์ จังหวัดปทุมธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพและปัญหาของตลาดสีเขียว จังหวัดปทุมธานี และ 2) ศึกษาแนวทางการพัฒนาตลาดสีเขียวเชิงสร้างสรรค์ จังหวัดปทุมธานี โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลด้วยการสำรวจ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 21 คน ประกอบด้วย ผู้ประกอบการตลาดสีเขียว 7 คน เกษตรกร 7 คน และผู้บริโภค 7 คน ในพื้นที่ศึกษา 3 แห่ง ได้แก่ ตลาดสีเขียว ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลปทุมธานี และสำนักงานพิพิธภัณฑ์การเกษตรเฉลิมพระเกียรติฯ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเศรษฐกิจสีเขียว โมเดลเศรษฐกิจ BCG และส่วนประสมการตลาด (4Ps)

ผลการวิจัยพบว่า สภาพและปัญหาของตลาดสีเขียวในด้านสถานที่พบว่ามีความเหมาะสมแต่ยังมีข้อท้าทายเรื่องที่จอดรถและระบบระบายอากาศ ด้านผลิตภัณฑ์มีความหลากหลายแต่การสลับตำแหน่งร้านค้าทำให้ผู้ซื้อสับสน ด้านราคามีช่องว่างระหว่างสินค้าพื้นบ้านราคาถูกและสินค้าปลอดสารพิษราคาสูงซึ่งจำกัดอยู่ในกลุ่มผู้มีกำลังซื้อ ด้านช่องทางการจำหน่ายยังขาดแคลนแรงงานและจุดจำหน่ายที่หลากหลาย และด้านการส่งเสริมการตลาดพบว่ายังขาดการสร้างเครือข่ายระหว่างเกษตรกรอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: ตลาดสีเขียว/เศรษฐกิจสร้างสรรค์/จังหวัดปทุมธานี/4Ps/BCG Model

ABSTRACT

The research entitled “The Guidelines for Creative Green Market Development in Pathum Thani Province” aimed to: 1) study the current conditions and problems of green markets in Pathum Thani Province, and 2) explore guidelines for creative green market development in Pathum Thani Province. This study employed a survey research design, collecting data through field surveys, participant observation, and in-depth interviews with 21 purposively selected key informants, including 7 market entrepreneurs, 7 farmers, and 7 consumers. The study focused on three locations: the green markets at Thammasat University Hospital, Pathum Thani Hospital, and the Golden Jubilee Museum of Agriculture. Content analysis was utilized to analyze the data, integrating concepts of the Green Economy, the BCG Model, and the Marketing Mix (4Ps).

The research findings revealed that regarding current conditions and problems, locations were generally suitable but faced challenges with insufficient parking and ventilation; product diversity was high, yet frequent changes in vendor locations caused consumer confusion; a price gap existed between low-priced local goods and high-priced organic products; and there was a lack of diverse distribution channels and systematic networking among farmers. Consequently, guidelines for creative development suggest

[1] อาจารย์ประจำ วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
[2] อาจารย์ประจำ วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
[3] ผู้นิพนธ์ประสานงาน E-mail: soontaree.cheen@vru.ac.th
[4] อาจารย์ประจำ วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

integrating creativity into the marketing mix by expanding markets to strategic locations, promoting innovative processing for value addition, and supporting integrated farming to ensure price affordability.
Keywords: Green Market, Creative Economy, Pathum Thani Province, 4Ps, BCG Model

บทนำ

ปัจจุบันโลกและประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ ปัญหาภาวะโลกร้อน การสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ มลภาวะจากพลาสติก การทำลายป่า และมลพิษทางอากาศ สาเหตุสำคัญเกิดจากการใช้พลังงาน สินค้าและบริการ อาชีพ และกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันที่มีการบริโภคเกินขีดจำกัดของธรรมชาติ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกภาคส่วนต้องช่วยกันแก้ไขปัญหาและลดความสูญเสียที่เกิดขึ้นผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเลือกใช้ทรัพยากรอย่างเห็นคุณค่า องค์การสหประชาชาติจึงได้ประกาศเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 12 ว่าด้วยการผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืน เพื่อเป็นเข็มทิศให้ประเทศต่างๆ ปรับโมเดลเศรษฐกิจจากเน้นปริมาณสู่การเน้นคุณภาพและสิ่งแวดล้อมในระยะยาว แนวคิด "เศรษฐกิจสีเขียว" (Green Economy) และ "ตลาดสีเขียว" (Green Market) จึงถูกยกขึ้นมาเป็นกลไกเชิงยุทธศาสตร์หลักในการตอบโจทย์วิกฤตการณ์ดังกล่าวในระดับสากล โดยมุ่งเน้นการเพิ่มพูนสวัสดิการของมนุษย์และความเท่าเทียมทางสังคม ขณะเดียวกันก็ลดความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญ หัวใจสำคัญของแนวคิดนี้คือการส่งเสริมการผลิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่การลด (Reduce) การใช้สารเคมีและการใช้ทรัพยากรที่สิ้นเปลือง การใช้ซ้ำ (Reuse) และการนำกลับมาใช้ใหม่ (Recycle) ตลอดจนการเลือกใช้พลังงานสะอาด เช่น พลังงานแสงอาทิตย์ เข้ามาในกระบวนการผลิต ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินธุรกิจให้มีความรับผิดชอบต่อโลกมากขึ้น[1]

ในระดับนโยบาย ประเทศไทยได้กำหนดให้โมเดลเศรษฐกิจ BCG (Bio-Circular-Green Economy) เป็นวาระแห่งชาติ เพื่อมุ่งเน้นการใช้นวัตกรรมมายกระดับฐานทรัพยากรและความหลากหลายทางชีวภาพให้มีมูลค่าสูงขึ้น นโยบายนี้มีเป้าหมายสร้างความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจควบคู่ไปกับความยั่งยืนของทรัพยากรธรรมชาติ โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากที่ต้องอาศัยยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ตลาดสีเขียวจึงทำหน้าที่เป็นกลไกกลางที่มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนผ่านพฤติกรรมผู้บริโภค ให้หันมาสนับสนุนผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัยและไร้สารเคมีจากเกษตรกรและชุมชนในท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม ปัจจุบันพฤติกรรมผู้บริโภคในเขตเมืองและปริมณฑลมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก โดยหันมาให้ความสำคัญกับสุขภาพเชิงรุกและ "พื้นที่สร้างสุขภาวะ" (Wellness Space) มากขึ้น การเลือกซื้อสินค้าในตลาดสีเขียวจึงมิใช่เพียงการซื้ออาหารเพื่อประทังชีวิต แต่เป็นการเลือกซื้อความเชื่อมั่นและความปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ผู้บริโภคยุคใหม่มีความต้องการที่ซับซ้อนขึ้น ทั้งในด้านคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์ที่ตรวจสอบได้ ความสะดวกในการเข้าถึงช่องทางการจัดจำหน่าย และความหลากหลายของสินค้าที่ตอบโจทย์วิถีชีวิตสมัยใหม่ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้สินค้าสีเขียวสามารถก้าวข้ามขีดจำกัดจากการเป็นสินค้าเฉพาะกลุ่มไปสู่การเป็นสินค้าที่ครองใจผู้บริโภคในวงกว้างได้[2]

จังหวัดปทุมธานีถือเป็นพื้นที่ที่มีศักยภาพสูงและมีลักษณะพิเศษคือเป็นพื้นที่ "กึ่งเมืองกึ่งชนบท" (Peri-urban) ซึ่งเปรียบเสมือนรอยต่อสำคัญของการขยายตัวจากเมืองหลวงสู่แหล่งผลิตทางการเกษตร พื้นที่แห่งนี้มีแหล่งจำหน่ายสินค้าที่มีกลุ่มเป้าหมายชัดเจนและทรงพลังอย่าง ตลาดสีเขียวในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โรงพยาบาลปทุมธานี และสำนักงานพิพิธภัณฑ์เกษตรเฉลิมพระเกียรติฯ ซึ่งเป็นจุดยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงระหว่างเกษตรกรผู้ผลิตรายย่อยกับกลุ่ม

คนทำงาน บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และนักท่องเที่ยวที่เข้ามาใช้บริการในพื้นที่ดังกล่าวเป็นจำนวนมากในแต่ละปี อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การดำเนินงานของตลาดสีเขียวในจังหวัดปทุมธานีบรรลุศักยภาพสูงสุด ยังคงมีประเด็นความท้าทายที่ควรได้รับการศึกษายกระดับในหลายมิติ ประการแรกคือ โอกาสในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการพื้นที่ ให้สอดคล้องกับพลวัตของตลาดสมัยใหม่ ประการต่อมาคือ การเพิ่มประสิทธิภาพขององค์ประกอบส่วนประสมการตลาด (4Ps) เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างการกำหนดราคาที่สะท้อนคุณภาพที่แท้จริงกับการขยายช่องทางการเข้าถึงสินค้าของผู้บริโภคอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ การสร้างบรรยากาศและรูปแบบการจัดวางสินค้าให้มีความสม่ำเสมอและดึงดูดใจ ยังเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาอย่างถ่องแท้ เพื่อให้สอดรับกับความคาดหวังของผู้ซื้อและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ผู้ผลิตในพื้นที่อย่างยั่งยืน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการนำแนวคิด "ความคิดสร้างสรรค์" (Creativity) เข้ามาบูรณาการร่วมกับส่วนประสมทางการตลาด (4Ps) และโมเดลเศรษฐกิจ BCG เพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มขีดความสามารถทางการแข่งขันให้กับตลาดสีเขียว ความคิดสร้างสรรค์ในบริบทนี้จะถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือหลักในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ตั้งแต่การส่งเสริมมาตรฐานผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ไปจนถึงการปรับปรุงกระบวนการบริการและพื้นที่จำหน่ายสินค้าให้มีความร่วมสมัยและเข้าถึงง่าย การนำแนวทางเชิงสร้างสรรค์มาใช้ในพื้นที่ที่มีศักยภาพสูงของจังหวัดปทุมธานี จึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยยกระดับเศรษฐกิจฐานรากควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในท้องถิ่น จากประเด็นความท้าทายและความจำเป็นในการพัฒนาดังกล่าว จึงนำมาสู่ความสนใจของผู้วิจัยในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกเพื่อให้ทราบถึงสภาพการณ์ที่เป็นจริงและปัจจัยส่งเสริมต่างๆ ในพื้นที่ศึกษา เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางการพัฒนาที่อาศัยความสร้างสรรค์เป็นกลไกขับเคลื่อนให้สอดคล้องกับบริบททางเศรษฐกิจและสังคมของจังหวัดปทุมธานีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาของตลาดสีเขียว จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาตลาดสีเขียวเชิงสร้างสรรค์ จังหวัดปทุมธานี

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research Design) โดยศึกษาสภาพและปัญหาของตลาดสีเขียว จังหวัดปทุมธานี **และ** ศึกษาแนวทางการพัฒนาตลาดสีเขียวเชิงสร้างสรรค์ จังหวัดปทุมธานี โดยใช้วิธีการสำรวจ การสังเกต และการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการศึกษาโดยการเลือกกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ) แบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่เกี่ยวข้องกับตลาดนัดสีเขียว ได้แก่ ผู้ประกอบการตลาดสีเขียว เกษตรกร ผู้บริโภคสินค้าตลาดสีเขียว ซึ่งมีขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพและปัญหาเกี่ยวกับตลาดนัดสีเขียว ในจังหวัดปทุมธานี เก็บข้อมูลโดยการสำรวจ การสังเกต และการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ประกอบการ เกษตรกร และผู้บริโภคที่มาซื้อสินค้าที่ตลาดนัดสีเขียวทั้ง 3 แห่ง ในอำเภอคลองหลวง และอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

ระยะที่ 2 ศึกษาแนวทางการพัฒนาตลาดสีเขียวเชิงสร้างสรรค์ จังหวัดปทุมธานี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจาก ผู้ประกอบการ เกษตรกร และผู้บริโภคที่มาซื้อสินค้าที่ตลาดนัดสีเขียวทั้ง 3 แห่ง ในอำเภอคลองหลวง และอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร ได้แก่ ผู้ประกอบการ เกษตรกร และผู้บริโภคสินค้าจากตลาดสีเขียว 3 แห่ง ได้แก่ ตลาดสีเขียวที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ ตลาดสีเขียวที่โรงพยาบาลปทุมธานี และตลาดสีเขียวที่พิพิธภัณฑ์การเกษตรเฉลิมพระเกียรติ มีจำนวนประชากรประมาณ 12,000 คน ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่สำรวจข้อมูลในพื้นที่ตลาดสีเขียว ทั้ง 3 แห่งในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี โดยสำรวจข้อมูลบริบทพื้นที่ตลาดสีเขียว ทั้งด้านสถานที่จำหน่าย ผลิตภัณฑ์ ช่องทางการจัดจำหน่ายจำหน่าย ราคา และการส่งเสริมการขาย และเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ประกอบการตลาดสีเขียวจำนวน 7 คน เกษตรกร จำนวน 7 คน ผู้บริโภคสินค้าตลาดสีเขียว จำนวน 7 คน รวมทั้งสิ้น 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสำรวจ แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับแบบสำรวจเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง ใช้สำรวจข้อมูลบริบทสถานที่จำหน่าย จำนวนร้านค้า สินค้าที่นำมาขาย และกลุ่มผู้บริโภค แบบสังเกตเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง ใช้สำหรับสังเกตสภาพและปัญหาสถานที่จำหน่ายสินค้า ผลิตภัณฑ์ที่จำหน่าย ช่องทางการจัดจำหน่าย ราคาสินค้า การส่งเสริมการขาย และแบบสัมภาษณ์ เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง มีแนวคำถามประกอบการสัมภาษณ์เป็นแบบปลายเปิด แบ่งออกเป็น 3 ตอน ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ตอนที่ 2 เป็นข้อมูลด้านสภาพและปัญหาของตลาดสีเขียว และตอนที่ 3 เป็นข้อมูลด้านแนวทางการพัฒนาตลาดสีเขียวเชิงสร้างสรรค์ โดยมีแนวคำถามเกี่ยวกับ ด้านสถานที่จำหน่ายสินค้า ด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา และด้านช่องทางการจัดจำหน่าย ส่วนอุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ กล้องถ่ายภาพ กล้องถ่ายวีดิทัศน์ เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก

การสร้างและการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแบบสำรวจ แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์ โดยการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การตรวจหาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการวิจัย และด้านการตลาด จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาและภาษาหลังจากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 และได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนที่จะมีการนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยและคณะนักวิจัยได้ลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และได้เดินทางไปที่ตลาดสีเขียว ทั้ง 3 แห่ง โดยใช้การสำรวจบริบทพื้นที่ตลาดสีเขียว การสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลสภาพและปัญหาของตลาดสีเขียวในจังหวัดปทุมธานี และการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อเพื่อศึกษาและสภาพและปัญหาของตลาดสีเขียว และค้นหาแนวทางในการพัฒนาตลาดสีเขียวเชิงสร้างสรรค์ จังหวัดปทุมธานี โดยการจดบันทึก บันทึกเสียง บันทึกภาพนิ่ง และถ่ายวีดิทัศน์เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลทั่วไปในลักษณะกว้างและแบบเจาะลึก การวิจัยนี้จึงใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย ดังนี้

1. การสำรวจ ผู้วิจัยและคณะนักวิจัยได้ลงพื้นที่และเดินสำรวจสภาพพื้นที่ตลาดสีเขียวจังหวัดปทุมธานีทั้ง 3 แห่ง จดบันทึกข้อมูลลงในแบบสำรวจ โดยบันทึกสภาพและปัญหาของตลาดสีเขียว สอบถามข้อมูลผู้จากประกอบการเกษตรกร และผู้บริโภคที่มาซื้อสินค้า ได้ขออนุญาตกลุ่มเป้าหมายบันทึกภาพ บันทึกวีดิทัศน์ และบันทึกเสียง

2.การสังเกต ผู้วิจัยและคณะนักวิจัยได้สังเกตแบบมีส่วนร่วมในฐานะเป็นผู้บริโภคสินค้า โดยสังเกตสภาพแวดล้อมและปัญหาของตลาดสีเขียว ผลิตภัณฑ์หรือสินค้าที่นำมาจำหน่าย โดยมีส่วนร่วมในการเป็นผู้บริโภคซื้อสินค้าจากตลาดสีเขียว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง และบันทึกข้อมูลลงในแบบสังเกต สมุดบันทึก ตลอดจนสังเกตพฤติกรรมผู้บริโภคที่มาซื้อสินค้าจากตลาดสีเขียว

3.การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญถึงสภาพและปัญหาของตลาดสีเขียว และค้นหาแนวทางในการพัฒนาการตลาดสีเขียวเชิงสร้างสรรค์โดยบันทึกภาพ บันทึกเสียง และบันทึกข้อมูลลงในแบบสัมภาษณ์ และสมุดจดบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการสำรวจ การสังเกต และการสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมายในประเด็นสภาพ ปัญหา และแนวทางในการพัฒนาตลาดสีเขียว หลังจากนั้นได้นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangular Data) โดยตรวจสอบจากผู้รู้ นักวิชาการ และตรวจสอบจากเอกสารตำรา สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ นำเสนอผลการวิจัยด้วยวิธีพรรณนาวิเคราะห์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์และจดบันทึก ตลอดจนค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใด ๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย 2 ข้อ มีผลการวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาสภาพและปัญหาของตลาดสีเขียว ทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ ตลาดสีเขียวที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ตลาดสีเขียวที่โรงพยาบาลปทุมธานี และ ตลาดสีเขียวที่พิพิธภัณฑ์การเกษตรเฉลิมพระเกียรติฯ ซึ่งอยู่ในพื้นที่ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง และตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี มีดังนี้

1.1 สภาพและปัญหาด้านสถานที่จำหน่ายสินค้า

สภาพตลาดสีเขียวทั้ง 3 แห่ง เป็นสถานที่เหมาะสมในการจัดตลาดสีเขียว มีบริเวณกว้างขวาง อยู่ในบริเวณอาคารที่มีหลังคาป้องกันแสงแดดและฝนตกได้ มีโต๊ะสำหรับวางสินค้าและผลิตภัณฑ์ที่เพียงพอ มีพื้นที่ทางเดินกว้างขวางเหมาะสมสำหรับผู้บริโภคที่มาเดินเลือกซื้อสินค้า พร้อมรถเข็นสำหรับบางคนที่ซื้อเยอะหรือเป็นผู้สูงวัยที่ใช้รถเข็นใส่สินค้าและช่วยพยุงเดินอีกด้วย ตลาดสีเขียวที่พิพิธภัณฑ์การเกษตรเฉลิมพระเกียรติ อยู่บริเวณด้านหน้ามีอาคารสำหรับจัดตลาดนัดโดยเฉพาะ แบ่งเป็นล็อคให้แต่ละร้านมีพื้นที่ตั้งโต๊ะสำหรับจัดแสดงสินค้าเพื่อจำหน่ายให้กับผู้บริโภค ได้จัดตลาดสีเขียวหรือตลาดเศรษฐกิจพอเพียงมานานกว่า 20 ปี โดยจัดทุกวันเสาร์และอาทิตย์ต้นเดือนของทุกเดือน และบางเดือนมีนิทรรศการในวันสำคัญ ได้แก่ วันพ่อแห่งชาติและวันดินโลกเดือนธันวาคม วันแม่แห่งชาติเดือนสิงหาคม วันน้อมรำลึกพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร และวันอนุรักษ์พันธุกรรมพืชเดือนเมษายน จะจัดงานนิทรรศการและตลาดสีเขียว 3-5 วัน มีการสาธิตและอบรมให้ความรู้ด้านเศรษฐกิจพอเพียงและศาสตร์พระราชา มีร้านเครือข่ายมาจำหน่ายสินค้าที่ปลอดภัย สินค้าเกษตรอินทรีย์มากกว่า 200 ร้าน มาจากทุกภูมิภาค ได้ผ่านการ

คัดกรองจากหน่วยงานโดยมีการสุ่มทดสอบความปลอดภัยของสินค้าและได้ไปตรวจสอบที่แปลงปลูกด้วย ตลาดสีเขียวที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ตั้งอยู่บริเวณชั้นล่างใกล้กับคณะพยาบาลศาสตร์ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบในการจัดดำเนินโครงการตลาดสีเขียวมานานกว่า 15 ปี โดยจัดทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดีของทุกสัปดาห์ มีร้านค้ามาจำหน่ายสินค้า จำนวน 6 – 8 ร้าน เป็นพื้นที่โล่งมีความกว้างสำหรับวางโต๊ะแสดงสินค้า ของแต่ละร้าน มีที่ว่างสำหรับผู้บริโภคที่มาจับจ่ายใช้สอยอากาศถ่ายเทดี ไม่ร้อน ส่วนตลาดสีเขียวของโรงพยาบาลปทุมธานีตั้งอยู่บริเวณด้านข้างของโรงพยาบาล จัดมานานมากกว่า 10 ปี จัดทุกวันพุธทุกสัปดาห์ มีร้านมาจำหน่ายสินค้ามากกว่า 30 ร้านและเป็นร้านผัก ผลไม้ อาหาร ขนม เครื่องดื่ม ต้นไม้ จำนวน 8-10 ร้าน สำหรับปัญหาด้านสถานที่จำหน่ายสินค้าของตลาดสีเขียวบางแห่ง พบว่า โซนด้านนอกมีต้นไม้น้อยและหลังคาเตี้ย ทำให้การไหลเวียนถ่ายเทอากาศไม่ดีเท่าที่ควรจะร้อนทั้งผู้ขายและผู้ซื้อ แต่ได้แก้ไขโดยใช้พัดลมช่วยระบายอากาศ (จากการสังเกตของนักวิจัย) นอกจากนี้ยังพบว่าตลาดสีเขียวบางแห่งมีการย้ายสับเปลี่ยนร้านทุกเดือนทำให้ผู้ซื้อหาร้านไม่เจอเดินวนแล้ววนอีกหาอยู่นานกว่าจะพบร้านที่ต้องการทำให้หมดเวลาในการเดินซื้อสินค้า และที่จอดรถแดดร้อนไม่มีหลังคาในบริเวณที่จอดรถ นอกจากนี้ตลาดสีเขียวบางแห่งที่จอดรถมีไม่เพียงพอ หรือเดินไกลทำให้มีลูกค้าน้อยลง (ผู้บริโภคและผู้ประกอบการที่ตลาดนัดสีเขียวแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี สัมภาษณ์. 2569)

1.2 สภาพและปัญหาด้านผลิตภัณฑ์

ผลิตภัณฑ์ที่นำมาขายในตลาดนัดสีเขียวมีความหลากหลายทั้งชนิด และประเภทสินค้า ได้แก่ ผัก ผลไม้ อาหารแปรรูป ทั้งของคาว ของหวาน เครื่องดื่ม สมุนไพร นอกจากนี้ ตลาดสีเขียวบางแห่งยังมีเสื้อผ้ามีทั้งผ้าฝ้ายทอมือย้อมสีธรรมชาติ เสื้อผ้าตัดเย็บโดยกลุ่มชุมชนในท้องถิ่น และอื่นๆ ผลิตภัณฑ์เวชสำอางค์ เช่น สบู่ แชมพู ครีมนวดโลชั่น ครีมบำรุงผิว สเปรย์กลิ่นหอม ยาสีฟัน น้ำมันใส่ผม เซรั่ม และอื่นๆ และยังมีต้นไม้ กล้าไม้ ปุ๋ย อินทรีย์ ดินปลูก อุปกรณ์ทำเกษตร หัตถกรรมจักสาน และสมุนไพร (เรียม ทองคำ และจันทร์เพ็ญ สุวรรณภักดี, 2568) ผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่จะเป็นผักผลไม้ ที่มีตามฤดูกาล เช่น ผักสวนครัว ได้แก่ คะน้า ผักบุ้ง กวางตุ้ง กะหล่ำปลี ผักกาด ผักกะเฉด แตงกวา โหระพา แมงลัก กระเพรา ขิง ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด มะนาว หัวปลี ผักสลัด ยอดฟักทอง ยอดฟักแม้ว ตำลึง มะระ ดอกแค มะเขือเปราะ มะเขือยาว มะรุม ผักชี ยี่หร่า พริกไทยอ่อน หน่อไม้ บวบ น้ำเต้า และอื่นๆ ส่วนผลไม้ ได้แก่ กล้วย มะละกอ ฝรั่ง มะม่วง ขนุน มะยงชิด มะปราง หวาน[3]

1.3 สภาพและปัญหาด้านราคา

สภาพด้านราคาของสินค้าจากตลาดนัดสีเขียว ส่วนใหญ่เป็นสินค้าราคาค่อนข้างถูกเพราะเกษตรกรผู้ปลูกพืชผักผลไม้เป็นผู้มาจำหน่ายสินค้าเอง มีบางรายเท่านั้นที่เป็นผู้ประกอบการที่รวบรวมสินค้าทั้งของตนเองและจากเกษตรกรมาจำหน่ายส่วนใหญ่เป็นญาติกัน สำหรับร้านของวิสาหกิจชุมชนเกษตรอินทรีย์สวนฟุ้งขจร ได้ขายผักอินทรีย์มีทั้งผักพื้นบ้านและผักสวนครัวส่วนใหญ่กำมาขายเพียงกำละ 10 บาท มีผักมากกว่า 30 ชนิด เช่น ผักกูด คื่นช่าย ผักบุ้ง ยอดมะกอก จิงจูฉ่าย ยอดมะตูม พอถึงช่วงบ่ายก็จะลดราคาและแถมให้กับผู้บริโภค สำหรับสินค้าที่ราคาสูงกว่า 10 บาท จะเป็นพวกผลไม้ และอาหารแปรรูป เช่น ฝรั่ง ชมพู่ มะม่วง จะชั่งเป็นกิโลกรัม มะพร้าวอ่อน กล้วยน้ำว้า กล้วยหอม จะขายเป็นลูกหรือเป็นหวี ราคาประมาณ 20 บาท ส่วนกล้วยอาบแดด กล่องละ 25 บาท น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น ขวดละไม่ถึง 100 บาท (มาลี ภู่ระหงส์, 2568) ร้านส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรมาจำหน่ายสินค้าเองจึงขายผลิตภัณฑ์ราคาถูก อาทิ บ้านสวนแก้วอำไพขายผักหวานป่ากำละ 20 บาท 3 กำ 50 บาท ไร่สวนสองรัก บ้านสวนศจี ขายผักพื้นบ้าน เช่น มะเขือพวง มะแว้ง หน่อไม้ บัวบก ผักชี มะเขือลาย บวบหอม สายบัว

ดอกแค กล้วย ผักชีล้อม ดอกโสน เป็นต้น ขายถุงละ 20 บาท 3ถุง 50 บาท ส่วนปัญหาด้านราคามีเพียงบางร้านที่ขายผักและผลไม้ราคาสูง ขึ้นอยู่กับสถานที่ปลูกผักอยู่ในโรงเรือน การขนส่งที่มีระยะทางไกล และชนิดของผักที่หายากราคาสูง เช่น ผักเคล มะเขือเทศบางสายพันธุ์ บรอคโคลี่ กระหล่ำดอก ทานตะวันงอก ผักสลัด เป็นต้น ราคาขาย 40-100 บาท นอกจากนี้ ผลไม้ปลอดสารพิษ เช่น ส้มโชกุน ชมพู่ทับทิมจันทร์ ทุเรียน มังคุด ลองกอง สละ กระท้อน ราคาจะสูงกว่าท้องตลาดประมาณกิโลกรัมละ 60-200 บาท เนื่องจากต้นทุนการผลิตสูง จากการห่อผล การใช้สารชีวภัณฑ์และสมุนไพร และค่าใช้จ่ายในการดูแลเป็นพิเศษเพื่อให้เกิดความปลอดภัยโดยไม่ใช้สารเคมี จึงทำให้ขายได้เฉพาะกลุ่มผู้บริโภคที่มีกำลังซื้อและต้องการสินค้าปลอดภัย (ผู้บริโภคที่ซื้อสินค้าตลาดสีเขียวแห่งหนึ่งที่จังหวัดปทุมธานี สัมภาษณ์, 2569)

1.4 สภาพและปัญหาด้านช่องทางการจัดจำหน่าย

ช่องทางการจัดจำหน่ายของผู้ประกอบการในตลาดนัดสีเขียว จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้ประกอบการ และเกษตรกร ได้มีช่องทางการจำหน่ายสินค้าที่ตลาดสีเขียวหลายแห่ง ได้แก่ ที่บ้านหรือสวนหรือฟาร์มที่ปลูกผัก ผลไม้ และไม้ดอก ที่ตลาดสีเขียวในจังหวัดปทุมธานี ที่ห้างสรรพสินค้า เช่น ฟิวเจอร์พาร์ค รังสิต โลตัส บิ๊กซี โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยต่างๆ ตลาดน้ำ และสถานที่ราชการเวลามีงานวันสำคัญต่างๆ เช่น งานกาชาด เป็นต้น นอกจากนี้ได้มีช่องทางขายออนไลน์ ส่วนปัญหาพบว่าขาดแคลนแรงงานในการช่วยจัดจำหน่ายสินค้า และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจทำให้ลูกค้ามีกำลังซื้อน้อย บางครั้งขายไม่ดีต้องลดราคา และต้องแถมสินค้าเพื่อให้ขายหมด และมีช่องทางการจัดจำหน่ายน้อย[4]

1.5 สภาพและปัญหาด้านการส่งเสริมการตลาด

การส่งเสริมการตลาดของตลาดสีเขียวจังหวัดปทุมธานี ได้มีส่วนราชการของจังหวัด อาทิ เกษตรจังหวัด เกษตรอำเภอ สำนักงานปฏิรูปที่ดินเพื่อการเกษตร พิพิธภัณฑ์การเกษตรเฉลิมพระเกียรติโรงพยาบาล สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล สถาบันการศึกษา ได้มีบทบาทในการส่งเสริมการตลาดโดยให้เกษตรกรและผู้ประกอบการได้ไปขายสินค้าในการจัดงานต่างๆ มีกิจกรรมตลาดนัด กิจกรรมวันสำคัญในเทศกาลต่างๆ ส่วนปัญหาที่พบในกรณีสินค้าราคาสูงเพราะมีต้นทุนสูงจึงทำให้ผู้บริโภคส่วนใหญ่เข้าถึงได้ยาก จะมีเฉพาะกลุ่มที่รักสุขภาพ กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มที่มีกำลังซื้อสินค้าและตลาดสีเขียวส่วนใหญ่จะอยู่ในเมืองใหญ่ และยังขาดการสร้างเครือข่ายเกษตรกรและผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สีเขียวปลอดภัย (ผู้บริโภคที่ซื้อสินค้าตลาดสีเขียวแห่งหนึ่งที่จังหวัดปทุมธานี สัมภาษณ์, 2569)

2. ผลการศึกษาแนวทางการพัฒนาตลาดสีเขียวเชิงสร้างสรรค์ จังหวัดปทุมธานี มีดังนี้

2.1ด้านสถานที่จำหน่ายสินค้า โดยจัดทำตลาดสีเขียวเพิ่มขึ้นในทุกอำเภอโดยเฉพาะที่โรงพยาบาล ศูนย์การค้า สถาบันการศึกษา และตลาดท้องถิ่น เกษตรกรผู้ปลูกพืชอินทรีย์ ผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์สินค้าปลอดภัย ไร้สารเคมี และนักวิชาการ ร่วมมือกับชุมชนที่ผลิตสินค้าปลอดภัยในจังหวัด เพื่อร่วมมือกันในการใช้ประโยชน์และเพิ่มช่องทางการจำหน่ายผลิตภัณฑ์อินทรีย์ เช่น วิสาหกิจชุมชนเกษตรอินทรีย์สวนฟุ้งขจร ตำบลบึงชำอ้อ อำเภอหนองเสือ เป็นต้น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่แปรรูปจำหน่ายผัก ผลไม้ และสมุนไพรอินทรีย์มานาน และมีผลิตภัณฑ์ที่หลากหลายเป็นที่ยอมรับของผู้บริโภค ตลอดจนมีตลาดรองรับ และได้จดทะเบียนวิสาหกิจชุมชนกับสำนักงานเกษตรอำเภอ

2.2 ด้านผลิตภัณฑ์ ผู้ประกอบการ และเกษตรกรควรร่วมมือกันพัฒนาผลิตภัณฑ์ โดยปลูกผัก ผลไม้ อินทรีย์ และแปรรูป ตลอดจนจำหน่ายที่ตลาดสีเขียว โดยส่วนราชการในจังหวัดและ

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยงานที่สนองพระราชดำริในโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช ควรส่งเสริมการปลูกต้นไม้ ควรปลูกทั้งไม้ต้นและไม้ผล เช่น มะม่วง มะขาม ขี้เหล็ก สะเดา กุ่ม ติ้ว ชะมวง มะยม มะขามป้อม มะกอก พฤกษ์ ยอ ชมพู่ สมอไทย ส้มโอ กล้วย มะละกอ เป็นต้น และแปรรูปผลิตภัณฑ์ เช่น กล้วยอาบแดด กล้วยตาก พลังงานแสงอาทิตย์ มะขามป้อมแช่อิ่มอบแห้ง ถั่วห้าสีอบแห้งบดผง แป้งกล้วยน้ำว้า ผลไม้แช่อิ่ม น้ำหมากเม่า น้ำลูกหม่อน และผลิตภัณฑ์สมุนไพร เป็นต้น

2.3 ด้านราคา ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกชุมชนปลูกผักและผลไม้อินทรีย์ อาจปลูกผสมผสานทั้งพืชผักสวนครัว ไม้ผล และพืชสมุนไพร โดยเลือกพืชที่ใช้ประโยชน์ทางอาหารและแปรรูป อาจทำในรูปแบบ วนเกษตร เกษตรทฤษฎีใหม่ เกษตรผสมผสาน ปลูกหัวไร่ปลายนา ปลูกเป็นสวน และเป็นการช่วยให้มีอาหารบริโภคตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง เพิ่มพื้นที่สีเขียว และเกิดสังคมคาร์บอนต่ำ จากการสัมภาษณ์เกษตรกร และผู้ประกอบการขายสินค้าเกษตรปลอดภัย ส่วนใหญ่ไปขายผลิตภัณฑ์ตาม ตลาดนัดสีเขียว ของจังหวัดปทุมธานีและขายอยู่ที่สวน พืชที่ปลูก มีมากว่า 50 ชนิด เช่น กล้วย มะละกอ มะพร้าว มะม่วง ฝรั่ง ชมพู่ ผักบุ้ง ถั่วฝักยาว ผักกูด ผักชีล้อม ขึ้นฉ่าย จิงจูฉ่าย ผักชี ยอดมะตูม ดอกดาหลา ดอกแคดอกขจร ดอกชมจันทร์ ดอกอัญชัน ตำลึง วอเตอร์เคส ผักหวาน ผักปลัง ชะพลู ยอดทองหลาง ยอดมะกอก ผักเคล เป็นต้น[5] นอกจากนี้ยังมีการแปรรูปกล้วย มีทั้งกล้วยอาบแดด กล้วยบดผง น้ำมันมะพร้าว ผักผลไม้ปลอดภัยส่วนใหญ่มีราคาสูง ผู้บริโภคส่วนใหญ่ยังไม่เข้าถึงสินค้าปลอดภัย

2.4 ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย ควรเพิ่มช่องทางการจัดจำหน่ายสินค้าให้หลากหลายทั้งจำหน่ายที่สวนหรือที่ไร่ของตนเอง จำหน่ายตามตลาดที่มีผู้บริโภคมาจับจ่ายใช้สอย ในห้างสรรพสินค้า โรงพยาบาล สถาบันการศึกษา และช่องทางออนไลน์ ควรสนับสนุนการพัฒนาผลิตภัณฑ์จากผักและผลไม้ให้มีมาตรฐาน เช่น เครื่องหมายเกษตรปลอดภัย (Q) อาจช่วยพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เช่น เครื่องหมาย อย. เพื่อให้ผู้บริโภคยอมรับในความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์อาหารที่จำหน่ายในตลาดสีเขียว จะทำให้สินค้ามีช่องทางการจำหน่ายเพิ่มขึ้น

2.5 ด้านส่งเสริมการตลาด หน่วยงานภาครัฐในท้องถิ่น ควรส่งเสริมการตลาดสีเขียวให้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย เพื่อให้ผู้บริโภคมีโอกาสได้ซื้อสินค้าปลอดภัย ทั้งผัก ผลไม้ และผลิตภัณฑ์แปรรูปจากสินค้าเกษตร และผู้ประกอบการจะได้มีตลาดเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดเศรษฐกิจสร้างสรรค์ จัดกิจกรรมพัฒนาโดยจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เชิงลึกการทำตลาดชุมชน ตลาดออนไลน์ มีวิทยากรที่เชี่ยวชาญด้านการตลาดมาให้ความรู้และปฏิบัติการทำตลาดออนไลน์ เพื่อส่งเสริมการทำตลาดให้มีคุณภาพมาตรฐานสู่ตลาดสากลและพัฒนาการตลาดให้ก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น ควรส่งเสริมการจัดทำฉลากสินค้าและสร้างตราสัญลักษณ์หรือแบรนด์สินค้าปลอดภัยที่โดดเด่นให้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาสภาพและปัญหาของตลาดสีเขียว จังหวัดปทุมธานี พบว่า มีปัญหา 5 ด้าน ได้แก่ 1) สภาพและปัญหาด้านสถานที่จำหน่ายสินค้า พบว่าสถานที่จำหน่ายสินค้ามีความเหมาะสมและพอเพียง แต่จะพบปัญหาด้านที่จอดรถไม่พอเพียง และแดดร้อน 2) สภาพและปัญหาด้านผลิตภัณฑ์ มีผลิตภัณฑ์ที่หลากหลาย3) สภาพและปัญหาด้านราคา มีสินค้าที่มีทั้งราคาถูกและราคาแพง 4) สภาพและปัญหาด้านช่องทางการจัดจำหน่าย มีช่องทางขายทั้งที่สวนและฟาร์ม และมาขายที่ตลาดนัดของส่วนราชการ และขายออนไลน์ และ 5) สภาพและปัญหาด้านส่งเสริมการตลาด มี

ตลาดสีเขียวน้อย และมีขายเป็นบางวัน ส่วนใหญ่เป็นตลาดในเมืองทั้งนี้เนื่องจากยังไม่มีเครือข่ายตลาดสีเขียวในจังหวัด สอดคล้องกับงานวิจัยของสุพัตรา คำแหง, อิศราพร ใจกระจ่าง, และ สาวิตรี มุณีศรี[2] ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง กลยุทธ์การตลาดสีเขียวเชิงสร้างสรรค์และการสร้างคุณค่าร่วมสู่ความสำเร็จในธุรกิจท่องเที่ยวโดยชุมชนนครศรีธรรมราช การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาระดับกลยุทธ์การตลาดสีเขียวการสร้างคุณค่าร่วมและความสำเร็จในธุรกิจนำเที่ยวโดยชุมชนนครศรีธรรมราช (2) ศึกษารูปแบบกลยุทธ์การตลาดสีเขียวและการสร้างคุณค่าร่วมสู่ความสำเร็จในธุรกิจนำเที่ยวโดยชุมชนนครศรีธรรมราชและ (3) พัฒนารูปแบบกลยุทธ์การตลาดสีเขียวและการสร้างคุณค่าร่วมสู่ความสำเร็จในธุรกิจนำเที่ยวโดยชุมชนนครศรีธรรมราช ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สถิติ เชิงอนุมานด้วย t-test, One-way ANOVA (Welch, F-test) และ Multiple Regression Analysis ผลการวิจัย พบว่า ผลิตภัณฑ์มาจากวัสดุธรรมชาติ บรรจุภัณฑ์สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ และย่อยสลายได้ การผลิตต้องได้มาตรฐาน ปลอดภัย การเลือกใช้วัตถุดิบในท้องถิ่นเพื่อก่อให้เกิดรายได้และการสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมและส่งเสริมการท่องเที่ยวชุมชน

2. ผลการศึกษาแนวทางการพัฒนาตลาดสีเขียวเชิงสร้างสรรค์ จังหวัดปทุมธานี พบว่ามีแนวทางในการพัฒนา 1) ด้านสถานที่โดยจัดทำตลาดสีเขียวเพิ่มขึ้นในทุกอำเภอโดยเฉพาะที่โรงพยาบาล ศูนย์การค้า สถาบันการศึกษา และตลาดท้องถิ่น 2) ด้านผลิตภัณฑ์ ผู้ประกอบการและเกษตรกรควรร่วมมือกันพัฒนาผลิตภัณฑ์ โดยปลูกผัก ผลไม้ อินทรีย์ และแปรรูป ตลอดจนจำหน่ายที่ตลาดสีเขียว 3)ด้านราคา ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกชุมชนปลูกผักและผลไม้อินทรีย์ 4) ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย ควรเพิ่มช่องทางการจัดจำหน่ายสินค้าให้หลากหลาย ทั้งจำหน่ายที่สวนหรือที่ไร่ของตนเอง จำหน่ายตามตลาดที่มีผู้บริโภคมาจับจ่ายใช้สอย 5) ด้านส่งเสริมการตลาด หน่วยงานภาครัฐในท้องถิ่น ควรส่งเสริมการตลาดสีเขียวให้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย เพื่อให้ผู้บริโภคมีโอกาสได้ซื้อสินค้าปลอดภัย สอดคล้องกับงานวิจัยของกัญญารัตน์ นิ่มตระกูล และคณะ[6] ได้ทำการศึกษาเรื่อง กลยุทธ์การตลาดสีเขียวที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าชุมชนเพื่อสิ่งแวดล้อมในจังหวัดระยอง ผลการวิจัยพบว่า 1. ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 31-40 ปี ระดับการศึกษาต่ำกว่า ปริญญาตรี อาชีพส่วนใหญ่ประกอบกิจการส่วนตัว สถานภาพแต่งงานแล้วมากที่สุด รายได้เฉลี่ย 10,001-20,000 บาท ส่วนใหญ่ซื้อสินค้าชุมชนเพื่อสิ่งแวดล้อมน้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน เหตุผลที่ซื้อเนื่องจากมีฉลากสินค้าเพื่อสิ่งแวดล้อมปลอดภัยต่อสุขภาพ โดยส่วนใหญ่ซื้อไปใช้เองในครัวเรือน และคิดว่าจะกลับมาซื้ออีกแน่นอน ส่วนใหญ่ซื้อสินค้าชุมชนเพื่อสิ่งแวดล้อมหน้าร้าน 2. ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้บริโภคที่แตกต่างกันส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าชุมชนเพื่อสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน และ 3. ปัจจัยการตลาดสีเขียวมีผลเชิงบวกต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าชุมชนเพื่อสิ่งแวดล้อมตามแนวคิดโลจิสติกส์สีเขียว ได้แก่ ด้านกระบวนการให้บริการ ด้านสินค้าและบริการ ด้านโปรโมชั่น และด้านองค์ประกอบภายในร้านตามลำดับ จึงนำไปสู่การเพิ่มการรับรู้ของผู้บริโภคให้กับ ผู้ประกอบการชุมชนต่อไป และสอดคล้องกับงานวิจัยของ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

1. ผู้จำหน่ายสินค้าที่ตลาดสีเขียว ทั้ง 3 แห่ง ควรรวมกลุ่มกันเป็นเครือข่าย โดยการจัดตั้ง

เครือข่ายตลาดสีเขียว พัฒนากลุ่มเกษตรกรให้ปลูกผักและผลไม้ที่มีมาตรฐาน พัฒนาผลิตภัณฑ์ให้ผ่านการรับรองมาตรฐานเกษตรปลอดภัย มาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน เครื่องหมาย อย. และนำไปสู่การคัดเลือกเป็นสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ของจังหวัดปทุมธานี มีกิจกรรมเชื่อมร้อยเครือข่ายและขยายเครือข่ายให้เติบโตมากยิ่งขึ้น และช่วยกำหนดราคาสินค้าสีเขียวให้จับต้องได้

2. โรงพยาบาลทุกระดับ และสถาบันการศึกษาควรส่งเสริมพัฒนาและยกระดับตลาดสีเขียว โดยการส่งเสริมการปลูกและแปรรูปสินค้าเกษตรอินทรีย์ อีกทั้งสนับสนุนสถานที่ในโรงพยาบาลให้เกิดตลาดสีเขียวตลอดจนสั่งซื้อสินค้าจากตลาดสีเขียว เช่น ผัก ผลไม้ ไข่อารมณ์ดี เพื่อนำมาประกอบอาหารในโรงพยาบาลให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและบุคลากรของโรงพยาบาลตลอดจนญาติผู้ป่วยและผู้บริโภค

3. สำนักงานเกษตรจังหวัดและอำเภอ ควรสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการปลูกพืชผักผลไม้ที่มีคุณภาพได้มาตรฐานความปลอดภัย เพื่อให้เกษตรกรมีความรู้และทักษะในการทำเกษตรอินทรีย์ เช่น การทำปุ๋ยอินทรีย์ สารชีวภัณฑ์และสมุนไพรในการป้องกันศัตรูพืช และสนับสนุนการผลิตสินค้าปลอดภัยให้มีความหลากหลายและมีคุณภาพสู่ตลาดสากล

4. สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดและพาณิชย์จังหวัดปทุมธานี ควรส่งเสริมตลาดสีเขียวและสนับสนุนกลุ่มเกษตรกร วิสาหกิจชุมชน และผู้ประกอบการ โดยสนับสนุนบรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ตราสัญลักษณ์ ฉลากสีเขียว และช่องทางการตลาดเชิงสร้างสรรค์ ทั้งการตลาดในท้องถิ่น ในห้างสรรพสินค้าในงานมหกรรมสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ และกิจกรรมการออกงานในเทศกาลตลอดทั้งปี ตลอดจนช่องทางการตลาดออนไลน์

5. ผู้บริโภคที่สนใจสินค้าจากตลาดสีเขียวควรรวมกลุ่มกันเป็นเครือข่ายรักสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ช่วยอุดหนุนสินค้าจากตลาดสีเขียวเพื่อบริโภคเองและซื้อเป็นของขวัญของฝาก และช่วยประชาสัมพันธ์โดยการบอกต่อตลอดจนเผยแพร่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อให้เกษตรกรและผู้ประกอบการหันมาขายสินค้าปลอดภัยให้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ การสร้างเครือข่ายตลาดสีเขียวโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ เกษตรกรและผู้ประกอบการเพื่อให้เกิดความยั่งยืน เพื่อเพิ่มผู้ประกอบการและขยายตลาดสีเขียวให้เพิ่มมากขึ้นในทุกอำเภอจังหวัดปทุมธานี

2. ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาตลาดสีเขียวและผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมสู่การเป็นตลาดมาตรฐานความปลอดภัยของจังหวัดปทุมธานี

3. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาบรรจุภัณฑ์และฉลากสีเขียวที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมในตลาดสีเขียว จังหวัดปทุมธานี เพื่อการลดขยะพลาสติก และถนอมสินค้าให้สด เช่น กาบกล้วย ใบตอง ใบบัวกาบหัวปลี ใบสัก ใบพลับพลึง กาบหมาก เชือกกล้วย ตอก เป็นต้น ตลอดจนส่งเสริมการปลูกพืชผัก ผลไม้และสมุนไพร ให้เกิดความยั่งยืนและเป็นการเพิ่มพื้นที่สีเขียวให้กับท้องถิ่น

4. ควรศึกษาด้านการพัฒนาการตลาดเชิงสร้างสรรค์ ช่องทางจัดจำหน่าย การสร้างแบรนด์ (ตราสินค้า) และเครื่องหมายผลิตภัณฑ์สีเขียวที่โดดเด่น เพื่อเป็นต้นแบบให้กับเกษตรกรและผู้ประกอบการ และสร้างมูลค่าเพิ่มทางการตลาดตลอดจนให้ผู้บริโภคได้มีโอกาสซื้อสินค้าที่ปลอดภัยต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดปทุมธานีและจังหวัดอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. ศุภลักษณ์ นิลนพรัตน์. (2567). กลยุทธ์การจัดการท่องเที่ยวสีเขียวเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจของชุมชนในการจัดการแข่งขันเจ็ตสกี. [ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร].
2. สุพัตรา คำแหง, อิศราพร ใจกระจ่าง, และ สาวิตรี มุณีศรี. (2564). กลยุทธ์การตลาดสีเขียวเชิงสร้างสรรค์การสร้างคุณค่าร่วมสู่ความสำเร็จในธุรกิจท่องเที่ยวโดยชุมชนนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการการตลาดและการจัดการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, 8(1), มกราคม - มิถุนายน 2564.
3. สุรศักดิ์ ใจโปร่ง. (2568,พฤศจิกายน) เกษตรกรผู้ทำเกษตรอินทรีย์และจำหน่ายสินค้าที่ตลาดสีเขียว ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลปทุมธานี (สัมภาษณ์)
4. วสุนธรา บุญคง ,สรศักดิ์ ไวจันทึก ,รุจี ลี้เจริญ และกิตติรัตน์ พิลึก, 2568,ธันาคม). ผู้ประกอบการจำหน่ายสินค้าตลาดสีเขียว อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. (สัมภาษณ์).
5. มาลี ภู่ระหงส์. (2568, ตุลาคม). ผู้ประกอบการจำหน่ายสินค้าตลาดสีเขียว อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. (สัมภาษณ์).
6. กัญญารัตน์ นิ่มตระกูล, มณีรัตน์ ภารนันท์, สุภาวดี สายสนิท, จารุวรรณ นิธิไพบูลย์, อังคณา ลีรัตนานุกุลศิริ, ณชภัทร พิชญมหุตม์ และ ขวัญชีวา ไตรพิริยะ. (2567). กลยุทธ์การตลาดสีเขียวที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าชุมชนเพื่อสิ่งแวดล้อมในจังหวัดระยอง. วารสารศิลปะการจัดการ, 8(4), 111-1219.

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Quality Improvement of Primary Nursing Care in Spinal Cord Injury Critical Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.

(Received: March 18,2026 ; Revised: March 26,2026 ; Accepted: March 28,2026)

จุไรรัตน์ สัจจมงคล[1] อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์[2] เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล[2]
Churairat Satchamongkol, [1] Apiradee Nantsupawat, [2] Petsunee Thungjaroenkul[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยใช้กระบวนการ FOCUS-PDCA 9 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาปัญหา การสร้างทีมปรับปรุงคุณภาพ การวิเคราะห์สถานการณ์ การระบุสาเหตุ การจัดลำดับแนวทางแก้ไข การวางแผนปรับปรุง การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนา การตรวจสอบประเมินผล และการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประชากรในการศึกษาประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 11 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 32 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวคำถามสนทนากลุ่ม คู่มือการพยาบาลเจ้าของไข้ แบบสังเกตการปฏิบัติงาน และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลเจ้าของไข้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลเจ้าของไข้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้ถูกต้องครบถ้วนในระดับสูงมากทุกด้าน โดยด้านการประสานงานร้อยละ 100 การสร้างสัมพันธภาพร้อยละ 98.13 การรับมอบหมายงานร้อยละ 96.90 การติดตามประเมินผลร้อยละ 92.97 และการใช้กระบวนการพยาบาลร้อยละ 91.88 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลในระดับดีมาก โดยด้านผลลัพธ์การดูแลมีค่าเฉลี่ย 4.83 ศิลปะการดูแล 4.78 ความพร้อมในการดูแล 4.72 และความต่อเนื่องในการดูแล 4.53 ขณะที่พยาบาลเจ้าของไข้มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานโดยรวมในระดับสูง โดยด้านการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ย 4.75 การประสานงาน 4.60 และประสิทธิภาพการใช้เวลา 4.30

คำสำคัญ: การพยาบาลเจ้าของไข้, การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล, FOCUS-PDCA, ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง, ความพึงพอใจต่อการพยาบาล

Abstract

This research and development applied the nine-step FOCUS–PDCA quality improvement process, including problem identification, formation of a quality improvement team, situation analysis, identification of root causes, prioritization of solutions, planning for improvement, implementation of the developed model, evaluation of outcomes, and continuous improvement. The study population consisted of 11 professional nurses, and the sample included 32 patients. Research instruments included a focus group interview guideline, a primary nursing practice manual, an observation checklist for nursing practice, and satisfaction questionnaires for patients and primary nurses. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that primary nurses performed nursing activities at a very high level in all aspects: coordination (100%), relationship building (98.13%), task assignment (96.90%), follow-up and evaluation (92.97%), and application of the nursing process (91.88%). Patient satisfaction with primary nursing care was also at a very high level, with mean scores of 4.83 for care outcomes, 4.78 for caring behavior, 4.72 for readiness of care, and 4.53 for continuity of care. Primary nurses reported high overall satisfaction with their practice, with mean scores of 4.75 for work performance, 4.60 for coordination, and 4.30 for time efficiency.

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เชียงใหม่ E-mail: kaofang46.cw@gmail.com
[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Keywords: Primary nursing, Nursing care quality improvement, FOCUS-PDCA, Spinal cord injury patients, Patient satisfaction

บทนำ

ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพมีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ และความคาดหวังของผู้รับบริการที่ต้องการการดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัย [1] การจัดบริการพยาบาลจึงจำเป็นต้องพัฒนาให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ โดยครอบคลุมทั้งการดูแลผู้ป่วยโดยตรง การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการบริหารจัดการความเสี่ยง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่มีคุณภาพและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ [2]

แนวคิดการจัดบริการพยาบาลจึงได้พัฒนาจากรูปแบบที่มุ่งเน้นงาน (task-oriented care) ไปสู่การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) ซึ่งให้ความสำคัญกับความต่อเนื่องของการดูแล ความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยรายบุคคล และการดูแลแบบองค์รวม [3] การมอบหมายงานการพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการกระจายหน้าที่และความรับผิดชอบให้แก่พยาบาลตามความรู้ ความสามารถ และสมรรถนะของแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานการพยาบาล และเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลอย่างใกล้ชิด [3]

การพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nursing) เป็นรูปแบบการจัดบริการพยาบาลที่มอบหมายให้พยาบาลรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลอย่างครอบคลุมตั้งแต่รับเข้ารักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล การดูแลแบบองค์รวม และการสร้างความไว้วางใจระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ โดยพยาบาลเจ้าของไข้มีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และติดตามประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการรักษา [3]

จากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศรายงานอย่างสม่ำเสมอว่าการพยาบาลเจ้าของไข้ส่งผลลัพธ์เชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วย โดยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีความต่อเนื่องและเฉพาะราย ลดภาวะแทรกซ้อนและอารมณ์เชิงลบ เพิ่มคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล [4,5,6] นอกจากนี้ยังส่งผลดีต่อบุคลากรพยาบาลในด้านความเข้าใจผู้ป่วย ความชัดเจนของบทบาท การสื่อสาร และความพึงพอใจในการทำงาน [7,8] รวมทั้งช่วยส่งเสริมคุณภาพและความปลอดภัยของบริการ เช่น การบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้องครบถ้วน และการลดความคลาดเคลื่อนในการดูแล [7,9,10] ในประเทศไทยมีรายงานการนำรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ไปประยุกต์ใช้ในหลายบริบทของการดูแล และพบผลลัพธ์เชิงบวกทั้งต่อผู้ป่วย พยาบาล และองค์กรอย่างต่อเนื่อง [11,12,13,14]

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) เป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการบริการและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม [15,16] แนวคิด FOCUS–PDCA เป็นกรอบการดำเนินงานที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการพัฒนาคุณภาพ โดยประกอบด้วยกระบวนการระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ วางแผนดำเนินการ ประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง [15] แนวทางดังกล่าวช่วยสนับสนุนการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ เพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการดูแล ลดความแปรปรวนของการปฏิบัติงาน และเสริมสร้าง

ศักยภาพของบุคลากรในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ [16]

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่ามีการประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับการพยาบาลเจ้าของไข้ในหลายบริบท เช่น หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม และห้องคลอด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีความต่อเนื่องและมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น ขณะที่พยาบาลมีความชัดเจนในบทบาทและมีความพึงพอใจในการทำงานสูงขึ้น รวมถึงช่วยให้องค์กรสามารถยกระดับคุณภาพบริการและลดความคลาดเคลื่อนในการดูแลได้ [17,18,19] อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาการพัฒนาการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลังโดยเฉพาะ

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีนโยบายยกระดับคุณภาพบริการสู่มาตรฐานสากล โดยฝ่ายการพยาบาลมุ่งพัฒนาองค์กรพยาบาลสู่ความเป็นองค์กรคุณภาพระดับสากล [20,21] ในหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลังแม้มีการใช้รูปแบบการมอบหมายงานแบบผสมผสาน แต่ยังมีโอกาสในการพัฒนาระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ให้สอดคล้องกับลักษณะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพซับซ้อนและต้องการการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยรูปแบบดังกล่าวเอื้อต่อความต่อเนื่องและความครอบคลุมของการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะราย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงาน ส่งเสริมความรู้และทักษะของผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นระบบ ลดความสับสน และยกระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการพยาบาลโดยรวม [22]

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้การปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นระบบ พร้อมทั้งศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการและพยาบาลต่อการจัดบริการดังกล่าว อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการพยาบาลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็น การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS–PDCA เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 11 คน โดยใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษา และแบ่งตามบทบาทเป็นทีมพัฒนาคุณภาพ 3 คน และทีมปฏิบัติการ 8 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยดังกล่าวในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา จำนวน 32 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการประชุมกลุ่ม และ คู่มือการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลัง ประกอบด้วย อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลัง ประสบการณ์ในการ

อบรมความรู้เรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้ ลักษณะเป็นแบบคำถามปลายเปิด และเลือกตอบ

2. แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จัดทำโดยผู้ศึกษาและกลุ่มพัฒนาคุณภาพ เป็นแบบตรวจสอบรายการให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และไม่ปฏิบัติ รวม 23 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การรับการมอบหมายงาน (1 ข้อ) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ (5 ข้อ) การใช้กระบวนการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วย (10 ข้อ) การติดต่อประสานงาน (3 ข้อ) และการติดตามประเมินผลและตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (4 ข้อ)

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามของ ณัฐธภา ศิริรัตน์พิริยะ (2552) [23] มาใช้ ประกอบด้วย 24 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านศิลปะการพยาบาล 12 ข้อ ความพร้อมในการดูแล 3 ข้อ ความต่อเนื่องในการดูแล 3 ข้อ และผลลัพธ์ของการดูแล 6 ข้อ โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) ถึงพึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน)

4. แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินของศรญา ยังเจริญ (2557) [24] มาใช้ ประกอบด้วย 23 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติงาน 10 ข้อ ด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา 8 ข้อ และด้านการประสานงาน 5 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) ถึงพึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) และแปลผลจากค่าเฉลี่ยคะแนนเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวคำถามในการประชุมกลุ่ม คู่มือการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ และแบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยพิจารณาความครบถ้วนของเนื้อหา ความสอดคล้องของเนื้อหา และลำดับของข้อความ หลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงแก้ไขภาษาและเนื้อหาให้เหมาะสมก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบความเชื่อมั่น

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาจำนวน 1 คน ได้ทำการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ของทีมปฏิบัติการ จำนวน 10 ครั้ง และคำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน Inter-rater Reliability ได้ค่าเท่ากับ 0.90 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (≥ 0.80)

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ได้ทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ จำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.967

แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ ได้ทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ จำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จากนั้นผู้ศึกษาขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการศึกษา และขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลดำเนินการตามแนวคิด FOCUS–PDCA โดยเริ่มจากการทบทวนสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพอาวุโส เพื่อร่วมกันวางแผนพัฒนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

ผู้ศึกษาได้จัดการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพเพื่อสะท้อนปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกับทีมพัฒนาโดยใช้แผนภูมิก้างปลา (Fishbone Diagram) เพื่อระบุสาเหตุของปัญหาใน 4 ด้าน ได้แก่ บุคลากร กระบวนการ เครื่องมือ และปัจจัยด้านผู้ป่วย

ภายหลังการวิเคราะห์ปัญหา ทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนา ได้แก่ การจัดทำคู่มือการพยาบาลเจ้าของไข้ การอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ และการพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติงาน เช่น สมุดมอบหมายงาน แบบบันทึกแผนการพยาบาลรายบุคคล แผนการพยาบาลประจำวัน และแบบบันทึกการติดตามผลหลังจำหน่าย

รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่พัฒนาขึ้นถูกนำไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลังเป็นเวลา 2 สัปดาห์ จากนั้นมีการประชุมสรุปปัญหาและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ ก่อนดำเนินการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติของพยาบาลเจ้าของไข้โดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569

ผลการพัฒนาพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้มีแนวโน้มดีขึ้น พยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วน และมีความต่อเนื่องมากขึ้น ทีมพัฒนาและทีมปฏิบัติจึงมีมติให้กำหนดแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานของหน่วยงาน เพื่อส่งเสริมความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ และผลลัพธ์หลังการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเจ้าของไข้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารเลขที่ 081/2568) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชุดที่ 5 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่(เอกสารเลขที่ 320/68 COA-NUR081/68)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 8 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 16–30 ปี ร้อยละ 50 รองลงมาคืออายุ 31–45 ปี ร้อยละ 37.50 และอายุ 46–60 ปี ร้อยละ 12.50 ทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยร้อยละ 50 มีประสบการณ์ทำงานพยาบาลมากกว่า 10 ปี ส่วนใหญ่ยังไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลัง และไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการพยาบาลเจ้าของไข้

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้

พฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลเจ้าของไข้	ร้อยละ			–	SD
	ปฏิบัติถูกต้อง	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	ไม่ปฏิบัติ		
การรับการมอบหมายงาน	96.90	3.10	0.00	1.03	.177
การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ	98.12	1.26	0.62	1.03	0.084
ใช้กระบวนการพยาบาลเจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วย	91.89	5.91	2.79	1.10	0.254
การติดต่อประสานงาน	100.00	0.00	0.00	1.00	.000
ติดตามประเมินผลและตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	93.00	2.33	4.68	1.12	0.328

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

การบริการพยาบาลเจ้าของไข้	–	SD
ศิลปะการพยาบาล	4.78	0.146
ความพร้อมในการดูแล	4.72	0.110
ความต่อเนื่องในการดูแล	4.53	0.113
ผลลัพธ์ของการดูแล	4.83	0.065

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของพยาบาลเจ้าของไข้ต่อการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้	–	SD
ด้านการปฏิบัติงาน	4.75	0.133
ด้านประสิทธิภาพการใช้เวลา	4.30	0.114
ด้านการประสานงาน	4.60	0.286

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยประยุกต์แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามวงจร Focus–PDCA ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนาการพยาบาลเจ้าของไข้มี

ผลการศึกษาพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้มีความถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 ในทุกด้าน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาที่นำมาใช้สามารถส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลเจ้าของไข้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การประเมิน การวางแผนการพยาบาล การประสานงานกับทีมสุขภาพ และการติดตามผลการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Marram และคณะ [3] ที่อธิบายว่าระบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นรูปแบบการจัดบริการที่มอบหมายให้พยาบาลหนึ่งคนรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการรักษา ส่งผลให้การดูแลมีความต่อเนื่องและเพิ่มคุณภาพการพยาบาล

ด้านการมอบหมายงานพบว่ามีการปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 96.9 ซึ่งอาจเป็นผลจากการพัฒนาระบบการมอบหมายงานให้มีความชัดเจน รวมถึงการจัดทำสมุดบันทึกการมอบหมายงานที่ช่วยให้พยาบาลรับทราบบทบาทหน้าที่ของตนอย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดความรับผิดชอบต่อการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธภา ศิริรัตน์พิริยะ [23] และ จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ [12] ที่รายงานว่าการรับทราบบทบาทหน้าที่ผ่านการลงนามรับมอบหมายงานช่วยส่งเสริมความรับผิดชอบของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวพบว่ามีการปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 98.12 สะท้อนว่าพยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดกับผู้ป่วยและครอบครัวผ่านการสื่อสาร การให้ข้อมูล และการเปิดโอกาสให้ซักถาม ซึ่งช่วย

สร้างความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพ [25] อย่างไรก็ตาม การเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองยังพบในระดับต่ำกว่า ซึ่งอาจสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาทักษะของพยาบาลด้านการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว [26]

ด้านการใช้กระบวนการพยาบาลพบว่ามีการปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 91.89 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลสามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การประเมินวินิจฉัย วางแผน และติดตามผลการพยาบาล ซึ่งช่วยเพิ่มความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย [8,6,12] อย่างไรก็ตาม การประเมินภาวะเครียดของผู้ป่วยและการประชุมร่วมกับครอบครัวเพื่อวางแผนดูแลหลังจำหน่ายยังมีอัตราการปฏิบัติต่ำกว่าเป้าหมาย ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับทักษะการสื่อสารเชิงบำบัดของพยาบาล [27,28]

ผลการศึกษาด้านการประสานงานพบว่าพยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 100 สะท้อนถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลเจ้าของไข้ในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในการเข้าร่วมการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย การรายงานข้อมูลสำคัญ และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วย [5,6,8] ขณะที่ด้านการติดตามประเมินผลและการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องพบว่ามีการปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 93.0 สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการดูแลแบบต่อเนื่องภายใต้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยการติดตามผลหลังจำหน่ายและการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองช่วยสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น [6,29,30]

สำหรับความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน โดยเฉพาะด้านผลลัพธ์ของการดูแล ($\bar{x}$ = 4.83) สะท้อนว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม ซึ่งช่วยเพิ่มความรู้สึกปลอดภัย ลดความวิตกกังวล และสร้างประสบการณ์ที่ดีในการเข้ารับการรักษา [4,5,6]

ในส่วนของความพึงพอใจของพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติงาน ($\bar{x}$ = 4.75) สะท้อนว่าระบบพยาบาลเจ้าของไข้ช่วยให้พยาบาลมีบทบาทที่ชัดเจน มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจทางการพยาบาล และสามารถใช้ความรู้และทักษะวิชาชีพได้อย่างเต็มศักยภาพ [5,10,25] อย่างไรก็ตาม ความพึงพอใจด้านประสิทธิภาพการใช้เวลามีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ($\bar{x}$ = 4.30) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับภาระงาน จำนวนผู้ป่วย และความซับซ้อนของสถานการณ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้เวลาในการวางแผนการพยาบาลเชิงลึกมีข้อจำกัดในบางช่วงเวลา สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่าภาระงานและความซับซ้อนของผู้ป่วยมีผลต่อการบริหารเวลาและความพึงพอใจของพยาบาลในการปฏิบัติงาน [31]

โดยสรุป การพัฒนาระบบการพยาบาลเจ้าของไข้โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องสามารถส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ และเสริมสร้างความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพของรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในการยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ฝ่ายการพยาบาลควรกำหนดนโยบายส่งเสริมสนับสนุนการนำการพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในหอผู้ป่วยโดยเฉพาะหอผู้ป่วยวิกฤต

2. หัวหน้าหอผู้ป่วย ควรนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางจัดระเบียบการมอบหมายงานให้ชัดเจน ส่งเสริมทีมพยาบาลวิชาชีพให้มีบทบาทและความรับผิดชอบมากขึ้น รวมถึงพัฒนาเครื่องมือและกระบวนการทำงานในทีม

3. หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการอบรมและฝึกทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลเจ้าของไข้

4. พยาบาลควรมีการใช้คู่มือเป็นแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ทีม พัฒนาเป็นระยะเพื่อปรับปรุงต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเจ้าของไข้ในหน่วยงานหอผู้ป่วยวิกฤตอื่นๆ

2. ศึกษาการนำแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานเรื่องอื่นๆ ของหอผู้ป่วยวิกฤตบาดเจ็บไขสันหลัง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2018). Rehabilitation in Health Systems. WHO Press.
2. Goodair, B., Reeves, A., & McKee, M. (2024). The effect of health-care privatization on the quality of care. The Lancet Public Health. 2024;9(3): e199-e206. https//doi.org/10.1016/S2468-2667(23)30201-6.
3. Marram, G., Barrett, M. W., & Bevis, E. O. (1974). Primary nursing a model for individualized care. St. Louis C.V. Mosby.
4. Wu, L., Liu, J., Lai, J., & Meng, L. (2021). Primary nursing intervention can improve the prognosis and postoperative quality of life of patients with hypertensive intracerebral hemorrhage undergoing minimally invasive surgery. American Journal of Translational Research. 2021;13(4): 2955-2961. PMID 34017461; PMCID PMC8129221.
5. Gonçalves, I., Mendes, D. A., Caldeira, S., Jesus, É., & Nunes, E. (2023). The primary nursing care model and inpatients' nursing-sensitive outcomes A systematic review and narrative synthesis of quantitative studies. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20:2391. https//doi.org/10.3390/ijerph20032391
6. Krüger, L., Zittermann, A., Mannebach, T., Wefer, F., Becker, T., Lohmeier, S., Lüttermann, A., von Dossow, V., Rojas, S. V., Gummert, J., & Langer, G. (2024). Randomized feasibility trial for evaluating the impact of primary nursing on delirium duration during intensive care unit stay. Intensive and Critical Care Nursing. 2024;84:103748. https//doi.org/10.1016/j.iccn. 2024.103748
7.Cocchieri A. Primary nursing care model and quality of nursing documentation. Nurs Manag. 2022;29(4):32-38.
8. Ventura-Silva, J. M., Martins, M. M., Trindade, L. L., Faria, A. C., Barros, S. C., Castro, S. F., Rocha, C. G., Mendes, M., & Ribeiro, O. M. (2024). Implementation of the primary nursing care model in a hospital service: A quasi-experimental study. Journal of Nursing Research. 2024, Article 5549115. https//doi.org/10.1155/2024/5549115.
9. อุไรวรรณ รากวงค์. (2567). ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในงานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาชนะชัย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. 2567;1-12.
10.ประยูรเกียรติ เอกา. (2567). ผลของการพยาบาลด้วยรูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข, 2567;2(1):154-166.

11. จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ และสุปาณี เสนาดิสัย. (2554). การพยาบาลเจ้าของไข้ในโรงพยาบาลรามาธิบดี. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2554;17(2):278-286.
12.จารุณี ฐิติพงษ์พาสน์, อารี ชีวเกษมสุข, และเพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2563). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้อย่างเอื้ออาทรตามทฤษฎีสแวนสัน แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2563;31(1):198-211.
13.สุมิตรา โพร์ปาน, กมลขนก มากมา, วิธหมน วุฒิศิรินกูล, และอัญชลี อินทะเสน. (2565). การพัฒนาการพยาบาลเจ้าของไข้ห้องผู้ป่วยหนักแผนกกุมารเวชกรรม. พุทธชินราชเวชสาร. 2565;39(3):304-317.
14.จินตนา ไชยมงคล และจินต์จุฑา รอดพาล. (2563). ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ. วารสารการพยาบาล. 2563;24(6):130-139.
15.Deming, W. E. (1986). Out of the crisis. Cambridge Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study.
16.Berwick, D. M. (1989). Continuous improvement as an ideal in health care. New England Journal of Medicine, 1989;320(1):53-56.
17.เยาวภา จันทร์มา. (2555). การพัฒนาการพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ .[วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. http://cumuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/16037
18. สุทธิลักษณ์ วงค์วิชัย, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกูล, และทรียาพรรณ สุภามณี. (2558). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอดโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. http//repository.cmu.ac.th/handle/6653943832/39321
19. วัลลิกา แก้วสุริยา. (2558). การพัฒนารูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. https//cmudc.library.cmu.ac.th/ frontend/Info/item/dc123483
20.งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. รายงานคุณภาพโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2568.
21.ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่; 2568.
22. งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2564). แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (เอกสารไม่ตีพิมพ์). ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
23. ณัฐธภา ศิริรัตน์พิริยะ (2552). ผลของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลน่าน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) https://digital.car.chula.ac.th/ chulaetd/47253/
24.ศรญา ยังเจริญ. (2557). ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของญาติผู้ป่วยวิกฤตและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. https://www.car.chula.ac.th/display7.php?bib=b2049797
25. Yanti, N. P. E. D., Triana, I. K. D. L., & Widhi, R. S. (2025). Comparison of primary and modular nursing methods on nurse work engagement, nurse job satisfaction, patient trust, and patient satisfaction in a general hospital. Indonesian Journal of Global Health Research, 2025;7(6):1237-1244. https://doi.org/10.37287/ijghr.v7i6.851
26. วราภรณ์ อัครงามสิริ, สุวรรณณา อนุสันติ, และแก้วตะวัน ศิริลักขณานันท์. (2564). ผลของการจัดการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลเอกชน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2564;22(1): 313-320.
27. Babler-Schrader, E. L., & Schrader, D. C. (2011). Interaction goals in the primary care medical interview. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2011;23(7):370–375. https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2011.00620.x

28.Eriksson, I., & Nilsson, K. (2008). Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling – an interview study. Journal of Clinical Nursing. 2008;17(17):2352–2359. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02265.x

29. Di Nitto, M., Durante, A., Torino, F., Bolgeo, T., Damico, V., Ghizzardi, G., Zerulo, S. R., Alvaro, R., Vellone, E., & Biagioli, V. (2025). Validity and reliability of the Self-Care of Chronic Illness Inventory and Self-Care Self-Efficacy Scale in patients living with cancer. Journal of Advanced Nursing. 2025;81(12): 8620–8632. https://doi.org/10.1111/jan.16823

30. Dal Molin, A., Gatta, C., Boggio Gilot, C., Ferrua, R., Cena, T., Manthey, M., & Croso, A. (2018). The impact of primary nursing care pattern Results from before-after study. Journal of Clinical Nursing. 2018;27(5-6):1094-1102. https//doi.org/10.1111/jocn.14135

31. Väisänen, V., Ruotsalainen, S., Hietapakka, L., Sulander, J., & Sinervo, T. (2024). The role of workday characteristics on perceived stress and time pressure among nurses in Finnish long-term care – a cross-sectional study. BMC Health Services Research. 2024;24(1):878. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11294-4

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับแลคเตทในเลือดกับการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

The Relationship Between Serum Lactate levels and Intubation in Patients with COPD Exacerbation Presenting to the Emergency Room at Maharat Nakorn Ratchasima Hospital.

(Received: March 22,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

กฤชสิริ จีระศิริ[1]
Kritsiri Cheerasiri[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับแลคเตทในเลือดกับความจำเป็นในการใส่ ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วย AECOPD การศึกษาแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น AECOPD ซึ่งเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์จะได้รับการตรวจวัดระดับแลคเตทที่ห้องฉุกเฉินก่อนเริ่มการรักษาด้วยการพ่นยา พร้อมบันทึกข้อมูลทางคลินิก สัญญาณชีพ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ จากนั้นติดตามผลว่าผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 24 ชั่วโมงหรือไม่ ระดับแลคเตทถูกแปลงเป็นลอการิทึมเนื่องจากการกระจายแบบเบ้ขวา และนำไปวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจด้วย logistic regression พร้อมทั้งประเมินความสามารถในการจำแนกด้วย ROC curve analysis

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีระดับแลคเตทสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ใส่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ระดับแลคเตทมีความสัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจ ($p < 0.01$) การเพิ่มขึ้นของระดับแลคเตททุกสองเท่า มีความสัมพันธ์กับโอกาสของการใส่ท่อช่วยหายใจที่เพิ่มขึ้น 2.79 เท่า และระดับแลคเตทที่มากกว่า 1.6 mmol/L สามารถทำนายการใส่ท่อช่วยหายใจได้ โดยมีความไวร้อยละ 78 และความจำเพาะร้อยละ 51

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน, แลคเตท, การใส่ท่อช่วยหายใจ, ห้องฉุกเฉิน, ภาวะหายใจล้มเหลว

Abstract

This study aimed to evaluate the association between serum lactate levels and the requirement for endotracheal intubation among patients presenting with AECOPD. This prospective cohort study included AECOPD patients presenting to the emergency department. Serum lactate was measured prior to bronchodilator therapy. Clinical characteristics and laboratory data were recorded, and patients were followed to determine the need for endotracheal intubation within 24 hours of presentation. Lactate levels were log-transformed due to right-skewed distribution. Logistic regression analysis was performed to evaluate the association between lactate levels and intubation. Receiver operating characteristic (ROC) curve analysis was conducted to assess discriminatory performance and to identify the optimal cutoff value.

Results: Patients requiring intubation had significantly higher lactate levels ($p < 0.01$). Lactate level was independently associated with intubation ($p < 0.01$). Every doubling of the serum lactate level was associated with a 2.79-fold increase in the odds of endotracheal intubation. A serum lactate level > 1.6 mmol/L predicted endotracheal intubation with 78% sensitivity and 51% specificity.

Keywords: AECOPD, Lactate, Endotracheal Intubation, Emergency Department, Respiratory Failure

[1] วว.เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, วว.เวชบำบัดวิกฤติ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก[1,2] และเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย การนอนโรงพยาบาล และการเสียชีวิต โดยเฉพาะในช่วงที่เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน (Acute Exacerbation of COPD; AECOPD) ซึ่งเป็นภาวะที่อาการทางระบบหายใจแย่ลงจากพื้นฐานเดิมอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมาด้วยอาการหายใจลำบากรุนแรง และบางรายอาจพัฒนาไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวที่จำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

ในบริบทของประเทศไทย[3] อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจาก AECOPD ยังคงอยู่ในระดับสูง และมีอัตราการเสียชีวิตที่มีนัยสำคัญ การประเมินความรุนแรงตั้งแต่ระยะแรกในห้องฉุกเฉินจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว และวางแผนการดูแลที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที อย่างไรก็ตาม เครื่องมือหรือดัชนีที่ใช้ในการพยากรณ์ความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจยังมีข้อจำกัด[1,4,5,6,7,8] และส่วนใหญ่พึ่งพาการประเมินทางคลินิกร่วมกับผลตรวจ arterial blood gas

ระดับแลคเตทในเลือดเป็นตัวบ่งชี้ภาวะพร่องออกซิเจนของเนื้อเยื่อและความเครียดทางเมตาบอลิซึม ซึ่งได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวางในผู้ป่วยภาวะวิกฤต[9,10,11,12,,13] เช่น ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะช็อก และภาวะหายใจล้มเหลว งานวิจัยหลายฉบับรายงานว่าระดับแลคเตทที่สูงสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคและผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์[14,15,16,17,18] อย่างไรก็ตาม หลักฐานเกี่ยวกับบทบาทของแลคเตทในการทำนายความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วย AECOPD ยังมีจำกัด[14,15,18] โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างระดับแลคเตทในเลือดกับความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 24 ชั่วโมงในผู้ป่วย AECOPD ที่มารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน เพื่อพิจารณาว่าแลคเตทสามารถใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกในการระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหายใจล้มเหลวได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับ**แลคเตทในเลือด** และ **การใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 24 ชั่วโมง** ในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (AECOPD) ที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์รอง (Secondary Objective)

1. เพื่อประเมินความสามารถของระดับ**แลคเตทในเลือด** ในการพยากรณ์การใส่ท่อช่วยหายใจ
2. เพื่อหาระดับ**แลคเตทในเลือด**ที่เหมาะสมในการทำนายการใส่ท่อช่วยหายใจ

วิธีดำเนินวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) สถานที่และระยะเวลาที่ใช้ศึกษาวิจัย ได้แก่ ห้องกู้ชีพ แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระยะเวลา 1 พฤศจิกายน 2567 – 30 กันยายน 2568 (11 เดือน)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ ≥ 40 ปี วินิจฉัยเป็น **Acute Exacerbation of COPD (AECOPD)** ระดับเล็กน้อยหรือปานกลาง [1] เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน

เกณฑ์การคัดเข้า 1) อายุ 40 ปี ขึ้นไป 2) วินิจฉัยเป็นภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) 3) เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะ AECOPD ระดับเล็กน้อยหรือปานกลาง

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทันทีที่มาถึงโรงพยาบาล 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัว (Refer) มาจากโรงพยาบาลอื่น 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะหรือโรคอื่น ๆ ที่ทราบว่าส่งผลต่อระดับแลคเตทอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อรุนแรง (sepsis, septic shock)[20] ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกประเภทอื่น ๆ (Other Shock States)[10,12] ผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับที่ผิดปกติ (liver dysfunction)[21] ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 (chronic renal failure stage 4, 5)[22,23] ผู้ป่วยที่ได้รับยาและสารพิษที่มีผลต่อระดับแลคเตท (drugs or toxins) ผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะ[24,25] ผู้ป่วยอุบัติเหตุระดับรุนแรง (Severe Trauma)[10,11] ผู้ป่วยโรคหอบหืด ผู้ป่วยโรค cystic fibrosis[7] ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษาเพิ่มเติมที่ไม่เกี่ยวข้องกับ COPD 4) ข้อมูลในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์หรือไม่เพียงพอสำหรับการศึกษา

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การศึกษานี้ต้องการหาปัจจัยทำนายการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยสถิติ logistic regression ด้วยตัวแปร lactate (1 predictor parameter ;P) และจากการทบทวนข้อมูลย้อนหลังพบว่าสัดส่วนของ outcome (Ø)= 30 % และประมาณการณ์ให้ค่า Mean Absolute Prediction Error (MAPE) [26,27] จากโมเดลมีค่าไม่เกิน 0.03 คำนวณ ขนาดตัวอย่างจากสูตร

$$\left(\frac{-\quad \text{Ø} \quad -}{}\right)$$

$$- \quad * \quad *$$

$$-$$

n = 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูล เพื่อเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป (อายุ เพศ BMI) สัญญาณชีพ (SBP, DBP, HR, RR, SpO_2) Glasgow Coma Scale โรคร่วม (comorbidities) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Serum Lactate Venous blood gas (pH, $PaCO_2$, HCO_3^-) BUN BAP-65 score การใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 24 ชั่วโมง ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และสถานะจำหน่าย

2. เครื่องมือทางห้องปฏิบัติการ เครื่องตรวจวิเคราะห์ **serum lactate** เครื่องวิเคราะห์ก๊าซในเลือด (Blood gas analyzer) ระบบฐานข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาล

3. แนวทางมาตรฐานที่ใช้กำหนดเกณฑ์ GOLD guideline สำหรับ COPD[10,33] Sepsis-3 definition[18] เกณฑ์ BAP-65 score เกณฑ์ทางคลินิกสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจ[13,14,36]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบบันทึกข้อมูลพัฒนาตามวัตถุประสงค์การวิจัย อ้างอิงจาก guideline และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความถูกต้องของข้อมูล (Data Accuracy) ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจริง Lactate ตรวจโดยเครื่องมาตรฐานของโรงพยาบาล เครื่องมือได้รับการสอบเทียบ (calibration) ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการ

ความเที่ยง (Reliability) ใช้ค่าตรวจแรกรับ (first lactate)[10,11] ก่อนการพ่นยา ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยและเกณฑ์ใส่ท่อที่ชัดเจน เก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มเดียวกันทุกกรณี

การควบคุม Bias ผู้วิจัยไม่มีส่วนตัดสินใจในการใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้เกณฑ์คัดเข้า–คัดออกเพื่อลด confounding วิเคราะห์ทางสถิติด้วย logistic regression[26,27]

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. การเตรียมการก่อนเริ่มศึกษา จัดทำโครงร่างวิจัย ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จัดเตรียมแบบฟอร์มยินยอม (Informed consent) จัดทำแบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form)

2. การคัดเลือกผู้ป่วย คัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วย AECOPD ที่ห้องฉุกเฉิน ตรวจสอบตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก อธิบายโครงการวิจัยและขอความยินยอม

3. การเก็บข้อมูลแรกรับของผู้ป่วยเมื่อมาถึงห้องฉุกเฉิน บันทึกข้อมูลพื้นฐาน (Demographics, vital signs, comorbidities) บันทึกผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Serum lactate Venous blood gas CBC, Blood chemistry, BUN/Cr คำนวณ BAP-65 score[7,10] บันทึกข้อมูลการรักษา[10,33] หมายเหตุ: การตัดสินใจรักษาและการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นการตัดสินใจของแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยไม่มีส่วนในการตัดสินใจ

4. การติดตามผล การใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 24 ชั่วโมง บันทึกระยะเวลานอนโรงพยาบาล บันทึกสถานะจำหน่าย (กลับบ้าน / เสียชีวิต)

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม วิเคราะห์ logistic regression วิเคราะห์ ROC curve และหาค่า cut-off ที่เหมาะสม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยฉบับนี้ได้ดำเนินการขอรับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลทุกขั้นตอน

ผลการศึกษาวิจัย

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาด้วยภาวะกำเริบเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดกรองเบื้องต้นทั้งหมด 175 ราย ภายหลังการประเมินตามเกณฑ์คัดออก พบว่า มีผู้ป่วยถูกคัดออกจำนวน 32 ราย โดยประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นมะเร็ง 8 ราย ผู้ป่วยที่มีโรคหอบหืดร่วม 4 ราย ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง 10 ราย และผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง 10 ราย ดังนั้นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และถูกนำเข้ากระบวนการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ผลในการศึกษาครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 143 ราย

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ

Variables	No ETT within 24 hr (n=102)	ETT within 24 hr (n=41)	p-value
เพศชาย, n (%)	88 (86.3)	36 (87.8)	0.807
อายุ, years	69 ± 11	76 ± 8	<0.001
BMI, kg/m²	21.8 (19.5–22.9)	22.1 (19.1–25.1)	0.607
SBP, mmHg	144 ± 24	151 ± 28	0.146
DBP, mmHg	87 ± 18	90 ± 18	0.338
MAP, mmHg	106 ± 19	111 ± 20	0.217
PR, /min	99 ± 16	116 ± 21	<0.001

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ

Variables	No ETT within 24 hr (n=102)	ETT within 24 hr (n=41)	p-value
RR, /min	28 (26–30)	30 (28–34)	<0.001
SpO_2, %	94 (91–97)	94 (90–96)	0.939
pH	7.37 (7.34–7.41)	7.35 (7.31–7.41)	0.040
pCO_2, mmHg	40 (35–45)	42 (34–52)	0.297
HCO_3, mmol/L	24 (22–26)	23 (19–27)	0.538
Lactate, mmol/L	1.5 (1.1–2.3)	2.2 (1.6–3.4)	<0.001
ln(Lactate), mean	0.50 (0.57)	0.82 (0.47)	0.002
BAP-65:0,	29 (28.4)	3 (7.3)	<0.001
BAP-65:1	52 (51.0)	9 (22.0)	<0.001
BAP-65:2,	20 (19.6)	25 (61.0)	<0.001
BAP-65:3,	1 (1.0)	4 (9.8)	<0.001
LOS, days	2 (1–3)	4 (3–7)	0.001
Death	0 (0.0)	4 (9.8)	0.001
Underlying disease			
CNS			
Previous stroke	1 (1.0%)	1 (2.4%)	0.502
Epilepsy	1 (1.0%)	0 (0.0%)	0.525
Schizophrenia	1 (1.0%)	0 (0.0%)	0.525
Cardiovascular			
Ischemic heart disease	3 (2.9%)	4 (9.8%)	0.088
Valvular heart disease (AS/AR/MR)	1 (1.0%)	2 (4.9%)	0.141
Atrial fibrillation	4 (3.9%)	2 (4.9%)	0.796
Deep vein thrombosis	2 (2.0%)	1 (2.4%)	0.857
Abdominal aortic aneurysm	1 (1.0%)	0 (0.0%)	0.525
Hypertension	35 (34.3%)	13 (31.7%)	0.765
Respiratory			
Interstitial lung disease	1 (1.0%)	0 (0.0%)	0.525
History of pulmonary TB	7 (6.9%)	4 (9.8%)	0.557
GI/KUB			
Chronic hepatitis C	0 (0.0%)	1 (2.4%)	0.113
Benign prostatic hypertrophy	5 (4.9%)	2 (4.9%)	0.995
Endocrine / Metabolic			
Diabetes mellitus type 2	16 (15.7%)	5 (12.2%)	0.594

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ

Variables	No ETT within 24 hr (n=102)	ETT within 24 hr (n=41)	p-value
Dyslipidemia	18 (17.6%)	4 (9.8%)	0.237
Gout	3 (2.9%)	2 (4.9%)	0.569
Graves' disease	0 (0.0%)	1 (2.4%)	0.113

** ข้อมูลเชิงปริมาณแสดง ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือ ค่ามัธยฐาน (ช่วงระหว่างควอไทล์) ตามลักษณะการกระจายตัวของข้อมูล*

*** BAP-65 = Blood urea nitrogen, Altered mental status, Pulse ≥109 beats/min, Age ≥65 years score; BMI = body mass index; CNS = central nervous system; DBP = diastolic blood pressure; ETT = endotracheal intubation; GI = gastrointestinal; GU = genitourinary;*

HCO_3 = bicarbonate; ln(Lactate) = natural logarithm of lactate; LOS = length of stay; MAP = mean arterial pressure; pCO_2 = partial pressure of carbon dioxide; pH = potential of hydrogen; PR = pulse rate; RR = respiratory rate; SBP = systolic blood pressure; SpO_2 = peripheral oxygen saturation; TB = tuberculosis.

ผู้ป่วยทั้งหมด 143 ราย ถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ (No ETT) 102 ราย และกลุ่มที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (ETT) 41 ราย ลักษณะพื้นฐานพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนเพศชายใกล้เคียงกัน (86.3% vs 87.8%, $p = 0.807$) อย่างไรก็ตาม อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยในกลุ่ม ETT สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (74 ± 8 ปี vs 69 ± 11 ปี, $p < 0.001$)

ดัชนีมวลกาย (BMI) และสัญญาณชีพพื้นฐาน ได้แก่ SBP, DBP และ MAP ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม แต่ค่าชีพจรเฉลี่ยของกลุ่ม ETT สูงกว่ากลุ่ม No ETT อย่างมีนัยสำคัญ (116 ± 21 vs 99 ± 16 ครั้ง/นาที, $p < 0.001$) รวมถึงอัตราการหายใจที่สูงกว่าเช่นกัน (30 vs 28 ครั้ง/นาที, $p < 0.001$) ค่า SpO_2 ไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม ($p = 0.939$) ส่วนใหญ่ของโรคร่วมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม

ค่าก๊าซในเลือดและค่าทางห้องปฏิบัติการ พบความแตกต่างที่สำคัญในหลายตัวแปร ได้แก่ ค่า pH ในกลุ่ม ETT ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (7.35 vs 7.37, $p = 0.040$), ค่า pCO_2 ในกลุ่ม ETT สูงกว่าอย่างชัดเจน (55 vs 40 mmHg, $p < 0.001$), ค่า lactate ในกลุ่ม ETT สูงกว่ามีความหมายทางสถิติ (2.2 vs 1.5 mmol/L, $p < 0.001$), ค่า ln(lactate) สูงกว่าชัดเจนในกลุ่ม ETT (0.82 vs 0.50, $p = 0.002$) ส่วน ค่า HCO_3^- ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.538$)

คะแนน BAP-65 พบว่า **คะแนนความรุนแรง BAP-65** แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทุกระดับ BAP-65 = 0 พบมากในกลุ่ม No ETT (28.4% vs 7.3%, $p < 0.001$), BAP-65 = 1 พบมากในกลุ่ม No ETT เช่นกัน (51.0% vs 22.0%, $p < 0.001$), BAP-65 = 2 พบมากในกลุ่ม ETT (61.0% vs 19.6%, $p < 0.001$), BAP-65 = 3 พบเฉพาะในกลุ่ม ETT (9.8% vs 1.0%, $p < 0.001$)

ระยะเวลานอนโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตกลุ่ม ETT มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลยาวกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (4 [3–7] วัน vs 2 [1–3] วัน , $p = 0.001$) ที่สำคัญที่สุด คือ **อัตราการเสียชีวิตในกลุ่ม ETT สูงกว่าชัดเจน (9.8% vs 0%, $p = 0.001$)**

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับแลคเตทและการใส่ท่อช่วยหายใจ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่า ln(lactate) และการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

(AECOPD) พบว่า ค่า ln(lactate) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับโอกาสการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเมื่อค่า ln(lactate) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะเพิ่มโอกาสในการต้องใส่ท่อช่วยหายใจประมาณ 2.79 เท่า (OR = 2.79; 95% CI = 1.39–5.59; p = 0.004)

ตารางที่ 2 ROC curve analysis ของค่า ln(lactate) สำหรับการทำนายการใส่ท่อช่วยหายใจ

Cut-off ln(lactate)	Cut-off lactate (mmol/L)	Sensitivity (%)	Specificity (%)	LR+	LR–	Youden's J
≥ 0.47	≥ 1.60	78.0	51.0	-	-	0.29
≥ 0.53	≥ 1.70	73.2	54.9	1.62	0.49	0.281
≥ 0.69	≥ 1.99	60.9	61.8	1.59	0.63	0.227
≥ 0.83	≥ 2.29	48.8	74.5	1.91	0.68	0.233
≥ 0.95	≥ 2.58	46.3	80.4	2.36	0.67	0.267

***** LR+ = Positive likelihood ratio; LR- = Negative likelihood ratio

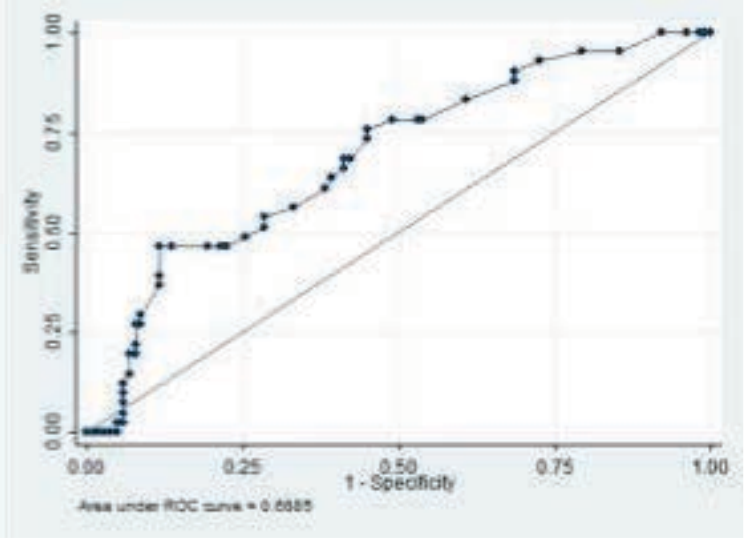
ได้ทำการวิเคราะห์สมรรถนะของค่า ln(lactate) ในการทำนายความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วย AECOPD โดยกำหนดจุดตัดหลายระดับ พบว่าเมื่อใช้ค่า ln(lactate) ที่จุดตัดตั้งแต่ 0.47 ขึ้นไป (เทียบเท่า lactate ≥ 1.60 mmol/L) ให้ค่าความไวสูงที่สุดที่ 78.0% และความจำเพาะ 51.0% ซึ่งเป็นจุดตัดที่ให้ค่า Youden's index สูงที่สุด (J = 0.29) สะท้อนว่ามีประสิทธิภาพสูงสุดในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

เมื่อพิจารณาจุดตัดที่สูงขึ้น พบว่า ln(lactate) ≥ 0.53 (lactate ≥ 1.70 mmol/L) ให้ค่าความไวและวามจำเพาะที่สมดุลมากขึ้น (Sensitivity 73.2%, Specificity 54.9%) พร้อมด้วยค่า LR+ = 1.62 และ LR– = 0.49 ซึ่งยังคงสนับสนุนให้ใช้เป็นค่าคัดกรองที่เหมาะสม

สำหรับค่าจุดตัดที่สูงกว่า เช่น ln(lactate) ≥ 0.83 (lactate ≥ 2.29 mmol/L) และ ln(lactate) ≥ 0.95 (lactate ≥ 2.58 mmol/L) พบว่าความจำเพาะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (74.5% และ 80.4% ตามลำดับ) โดยเฉพาะ ln(lactate) ≥ 0.95 ซึ่งให้ค่า LR+ สูงที่สุดที่ 2.36 แต่มีค่าความไวต่ำลง ทำให้จุดตัดระดับนี้เหมาะสำหรับการ "ยืนยัน" (rule-in) การมีภาวะรุนแรงมากกว่าการใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองในระยะเริ่มต้น

โดยสรุป ค่า lactate ในช่วงตั้งแต่ ≥ 1.60–1.70 mmol/L เป็นช่วงที่เหมาะสมที่สุดสำหรับใช้เป็นจุดคัดกรองความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ ขณะที่ระดับ lactate ตั้งแต่ ≥ 2.29 mmol/L ขึ้นไป สามารถใช้เพื่อสนับสนุนการระบุผู้ป่วยที่มีความรุนแรงสูงซึ่งอาจต้องการการดูแลระดับวิกฤตเพิ่มขึ้น

การวิเคราะห์ ROC ของค่า ln(lactate)



แผนภูมิที่ 1 เส้นโค้ง ROC แสดงความสามารถของระดับแลคเตทในการทำนายการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วย AECOPD โดยพบค่า AUC = 0.6885 แสดงถึงความสามารถในการจำแนกผู้ป่วยที่มีความต้องการใส่ท่อช่วยหายใจได้ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับเส้นสมมติฐาน (diagonal line)

การประเมินความสามารถของค่า ln(lactate) ในการทำนายความจำเป็นของการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วย AECOPD โดยสร้างเส้นโค้ง Receiver Operating Characteristic (ROC curve) พบว่า ค่า ln(lactate) มีสมรรถนะในการจำแนกผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจได้ในระดับปานกลาง โดยมีค่า Area Under the Curve (AUC) เท่ากับ 0.6885 ซึ่งบ่งชี้ถึงความสามารถในการทำนายที่สูงกว่าการทำนายแบบสุ่มอย่างมีนัยสำคัญ

รูปแบบของเส้นโค้ง ROC แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มค่า ln(lactate) ส่งผลให้ความไวในการทำนายเพิ่มขึ้น ขณะที่ความจำเพาะลดลงตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลของตารางจุดตัด (cut-off) ที่พบว่าค่า ln(lactate) ตั้งแต่ 0.47–0.53 ขึ้นไปให้สมดุลของ sensitivity และ specificity ที่เหมาะสมที่สุดในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ระดับแลคเตทในเลือดที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 24 ชั่วโมงในผู้ป่วยที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (AECOPD) โดยเมื่อระดับแลคเตทเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า โอกาสในการใส่ท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้นประมาณสองเท่า ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าแลคเตทอาจเป็นตัวบ่งชี้ความรุนแรงของภาวะกำเริบและความเสี่ยงต่อการล้มเหลวทางการหายใจ

ในเชิงพยาธิสรีรวิทยา ภาวะกำเริบของ COPD ทำให้เกิดการทำงานของกล้ามเนื้อหายใจเพิ่มขึ้น ภาวะพร่องออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และความไม่สมดุลระหว่างการใช้ออกซิเจนกับความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้เกิดกระบวนการเมตาบอลิซึมแบบไม่ใช้ออกซิเจนและการสะสมของแลคเตท[9,10,11] นอกจากนี้ ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งและภาวะเลือดเป็นกรดยังอาจกระตุ้นการผลิตแลคเตทเพิ่มขึ้นอีก[10,11] ดังนั้น ระดับแลคเตทที่สูงจึงอาจสะท้อนทั้งภาวะพร่องออกซิเจนและความเครียดทางเมตาบอลิ

ซึมที่รุนแรง ซึ่งสัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะหายใจล้มเหลว[28]

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่รายงานว่าแลคเตทมีคุณค่าทางพยากรณ์ในผู้ป่วยภาวะวิกฤตหลายกลุ่ม[12,13] รวมถึงผู้ป่วย AECOPD ที่มีผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์[14,15,16,18] อย่างไรก็ตาม ค่า AUC ที่ได้ในงานวิจัยนี้อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าแม้แลคเตทจะมีความสัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจ แต่ไม่ควรใช้เป็นตัวทำนายเพียงอย่างเดียว การใช้ค่า cut-off ประมาณ 1.6–1.7 mmol/L ให้ความไวค่อนข้างสูง เหมาะสำหรับการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ขณะที่ค่าที่สูงกว่าอาจช่วยสนับสนุนการยืนยันความรุนแรงในบางกรณี

ในแง่การนำไปใช้ทางคลินิก การตรวจวัดแลคเตทสามารถทำได้รวดเร็วและเข้าถึงได้ง่ายในห้องฉุกเฉิน[2,6] จึงอาจใช้เป็นเครื่องมือเสริมร่วมกับการประเมินทางคลินิก สัญญาณชีพ การตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือด และคะแนนความรุนแรง เช่น BAP-65[1,4,8] เพื่อช่วยระบุผู้ป่วยที่ควรได้รับการเฝ้าระวังใกล้ชิดหรือเตรียมความพร้อมสำหรับการช่วยหายใจเชิงรุก

จุดแข็งของการศึกษานี้คือการศึกษาแบบไปข้างหน้า และการเก็บข้อมูลแลคเตทการพ่นยาขยายหลอดลม ซึ่งช่วยลดความเอนเอียงจากการรักษา อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ เป็นการศึกษาในศูนย์เดียว จำนวนผู้ป่วยค่อนข้างจำกัด ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน การตรวจระดับแลคเตทครั้งเดียวโดยไม่ได้ประเมิน lactate clearance ซึ่งงานวิจัยก่อนหน้าชี้ว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับแลคเตทอาจมีความสำคัญทางพยากรณ์เพิ่มเติม[5] และการไม่ได้ใช้ non-invasive ventilation อย่างเป็นระบบก่อนพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ[13,14] ซึ่งอาจส่งผลต่ออัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในหลายศูนย์ที่มีจำนวนตัวอย่างมากขึ้น และมีการติดตามระดับแลคเตทซ้ำ รวมถึงการพัฒนาโมเดลพยากรณ์ที่ผนวกแลคเตทเข้ากับตัวแปรทางคลินิกอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการจำแนกผู้ป่วย AECOPD ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหายใจล้มเหลว

เอกสารอ้างอิง

1.Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).(2025). Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2025 report [Internet]. Available from: https://goldcopd.org/2025-gold-report/

2.Wedzicha JA, Seemungal TA.(2017). Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a review. Respir Res. 2017;18(1):123.

3.Saenghirunvattana S, Kongngeon V, Aeimrerkisiri B, Jerathamopart P, Thamakumpee K, Reechaipicdtkul W, et al.(2001). Chronic obstructive pulmonary diseases in Thailand: Incidence, prevalence, present status and future trends. J Med Assoc Thai. 2001;84(10):1407-11.

4.Antonelli M, Conti G, Esquinas A, et al.(2006). Noninvasive ventilation in acute respiratory failure. N Engl J Med. 2006;354(17):1791-8.

5.Brochard L, Mancebo J, Wysocki M, et al.(1995). Noninvasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 1995;333(13):817-22.

6.National Institute for Health and Care Excellence (NICE).(2021). Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management. NICE guideline [NG115] [Internet]. 2021. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng115

7.American Thoracic Society.(2020). Clinical practice guidelines for the management of adults with chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. 2020. Available from: https://www.thoracic.org/

8.European Respiratory Society.(2019). ERS/ATS guidelines on the use of non-invasive ventilation for acute respiratory failure [Internet]. 2019. Available from: https://www.ersnet.org/

9.De Backer D.(2003). Lactic acidosis. Intensive Care Med. 2003 May;29(5):699-702. doi:10.1007/s00134-003-1746-7.

10.Andersen LW, Mackenhauer J, Roberts JC, Berg KM, Cocchi MN, Donnino MW.(2013). Etiology and therapeutic approach to elevated lactate levels. Mayo Clin Proc. 2013;88(10):1127-1140. doi:10.1016/j.mayocp.2013.06.012.

11.Kraut JA, Madias NE.(2014). Lactic acidosis. N Engl J Med. 2014;371(24):2309-19.

12.Bellomo R, Kellum JA, Pinsky MR, et al.(2016). Lactate in sepsis: good, bad or ugly? Nat Rev Nephrol. 2016;12(10):494-98.

13.Thompson LR, Waisbren SJ, Shelton BK.(2015). Lactic acidosis: clinical implications and management strategies. Curr Opin Crit Care. 2015;21(5):388-96.

14.MacDonald MI, Osman LM, Brannan JD, Peters MJ, Singh SJ, Newby DE, et al.(2023). Elevated blood lactate in COPD exacerbations associates with adverse clinical outcomes and signals excessive treatment with β2 agonists. Respirology. 2023 Sep;28(9):860-868. doi:10.1111/resp.14534.

15.Durmuş U, Doğan NÖ, Pekdemir M, Yılmaz S, Yaka E, Karadaş A, Pınar SG.(2017). The value of lactate clearance in admission decisions of patients with acute exacerbation of COPD. Am J Emerg Med. 2017; pii: S0735-6757(17)30910-5. doi: 10.1016/j.ajem.2017.11.002.

16.Sagmen, S.B. and Naziroglu, T. (2020) 'Relationship between lactate level and length of hospital stay in patients with a COPD exacerbation', Journal of Clinical Medicine of Kazakhstan, 3(57), pp. 19–23. doi:10.23950/1812-2892-jcmk-00733.

17.Niczewski M, Gawęda S, Kluszczyk P, Rycerski M, Syguła D, Danel A, et al.(2024). The predictive role of lactate in the emergency department in patients with severe dyspnea. Emerg Med Int. 2024;2024:6624423. doi:10.1155/2024/6624423.

18.Singh N, Coudray A.(2021). Lactate as a marker for the severity of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. Respir Med. 2021;172:106141. doi:10.1016/j.rmed.2020.106141.

19.Rodriguez-Roisin R.(2000). Toward a consensus definition for COPD exacerbations. Chest. 2000;117(5 Suppl 2):398S-401S.

20.Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al.(2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-10.

21.Leach R, Treacher D.(2002). The pulmonary physician in critical care: part 12: critical care management of hepatic failure. Thorax. 2002;57(9):837-43. doi:10.1136/thorax.57.9.837.

22.Levey AS, Coresh J.(2012). Chronic kidney disease. Lancet. 2012;379(9811):165-80. doi:10.1016/S0140-6736(11)60178-5.

23.Pálsson R, Gibson RL.(2016). Lactic acidosis in patients with chronic kidney disease: A clinical review. Am J Kidney Dis. 2016;68(5):831-40. doi:10.1053/j.ajkd.2016.05.014.

24.Vaupel P, Mayer A.(2007). Hypoxia in cancer: significance and impact on clinical outcome. Cancer Metastasis Rev. 2007;26(2):225-39.

25.Kroemer G, Pouyssegur J.(2008). Tumor cell metabolism: cancer's Achilles' heel. Cancer Cell. 2008;13(6):472-82.

26.van Smeden M, Moons KG, de Groot JA, Collins GS, Altman DG, Eijkemans MJ, et al.(2019). Sample size for binary logistic prediction models: Beyond events per variable criteria. Stat Methods Med Res. 2019 Aug;28(8):2455–74.

27.Riley RD, Ensor J, Snell KIE, Harrell FE, Martin GP, Reitsma JB, et al.(2020). Calculating the sample size required for developing a clinical prediction model. BMJ. 2020 Mar 18;368

28.Roussos C, Koutsoukou A.(2003). Respiratory failure. Eur Respir J. 2003;22(47 Suppl):3s-14s.

การศึกษาการเกิดพิษของยา Methotrexate ในระยะเวลา 10 ปี ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

Ten-Year Review of Methotrexate toxicity at Maharat Nakorn Ratchasima Hospital.

(Received: March 22,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

เขมนิจภรณ์ เอื้อวิทยาศุภร[1]
Khemmanitporn Ueawitthayasuphon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะพื้นฐาน ภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยทางห้องปฏิบัติการที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เกิดภาวะพิษจากยา methotrexate การศึกษาแบบ retrospective descriptive study โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 110 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ methotrexate toxicity ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่าง 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ธันวาคม 2567 แบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มเสียชีวิต (n=10) และไม่เสียชีวิต (n=100) เก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะพื้นฐาน ประวัติการใช้ยาผิดวิธี ภาวะแทรกซ้อน และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม โดยใช้ independent t-test สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายแบบปกติ Wilcoxon-Mann-Whitney test สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายไม่ปกติ และ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม

ผลการศึกษา: ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ pancytopenia ภาวะไตวายเฉียบพลัน และการทำงานของตับผิดปกติ เมื่อเปรียบเทียบค่าทางห้องปฏิบัติการ พบว่ากลุ่มผู้เสียชีวิตมีค่า platelet ต่ำกว่า และมีค่า creatinine และ AST สูงกว่ากลุ่มไม่เสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.01) ค่า albumin มีแนวโน้มต่ำกว่าในกลุ่มเสียชีวิต (p=0.05) ขณะที่ค่า hematocrit, white blood cell count, ALT และ ALP ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับประทานยาผิดวิธีไม่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.310)

คำสำคัญ: Methotrexate toxicity, Pancytopenia, Acute kidney injury, Hepatotoxicity

Abstract

This study aimed to investigate the baseline characteristics, complications, and laboratory parameters associated with mortality in patients with methotrexate toxicity. This retrospective descriptive study reviewed the medical records of 110 patients diagnosed with MTX toxicity at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital between January 1, 2015, and December 31, 2024. Patients were categorized into two groups: survivors (n=100) and non-survivors (n=10). Data on baseline characteristics, medication errors, complications, and laboratory results were collected. Comparative analysis was performed using the independent t-test for normally distributed data, the Wilcoxon-Mann-Whitney test for non-normally distributed data, and Fisher's exact test for categorical variables.

Results: Common complications included pancytopenia, acute kidney injury, and abnormal liver function. Laboratory analysis revealed that the non-survivor group had significantly lower platelet counts and significantly higher creatinine and AST levels compared to the survivor group (p=0.01). Albumin levels tended to be lower in the non-survivor group (p=0.05). No statistically significant differences were found in hematocrit, white blood cell count, ALT, or ALP levels. Medication error was not significantly associated with mortality (p=0.310).

Keywords: Methotrexate toxicity, Pancytopenia, Acute kidney injury, Hepatotoxicity, Mortality

[1] วว.เวชศาสตร์ฉุกเฉิน นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

บทนำ

ในปัจจุบันมีการใช้ยา Methotrexate (MTX) เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยในหลากหลายโรค เช่น ข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis), สะเก็ดเงิน (Psoriasis), มะเร็งต่อมน้ำเหลือง[1] เป็นต้น ยา MTX นั้นมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาโรคเนื่องจากลดการสร้าง Deoxyribonucleic acid (DNA) จึงทำให้การสร้างของเซลล์ต่างๆลดลง อาการของผู้ป่วยจึงดีขึ้น เนื่องจากยา MTX สามารถรักษาได้หลากหลายโรคจึงทำให้มีการบริหารยาตามข้อบ่งใช้แตกต่างกันไป

โดยข้อบ่งใช้ของยา MTX นั้นแบ่ง 2 กลุ่มด้วยกัน ดังนี้ กลุ่มที่ใช้ Low dose MTX ได้แก่ Rheumatoid arthritis, Psoriasis และ Auto immune อื่นๆ โดยปริมาณที่ใช้ในการรักษาคือ 5-25 mg/week[2] และกลุ่ม High dose MTX ได้แก่ Hematologic malignancy และ Solid tumor โดยปริมาณที่ใช้ในการรักษาคือ มากกว่าเท่ากับ 500 mg/m^2 หรือ 5 g/week[3]

การใช้ยา MTX แล้วยังมีข้อดีในการใช้สำหรับผู้ป่วยโรคดังกล่าว แต่ก็ยังพบว่ามีการเกิดพิษจากการใช้ยา MTX ด้วยเช่นกัน โดยอาการของพิษจากยา MTX คือ มีแผลในปาก, กลืนเจ็บ, ปวดท้อง, กดการทำงานของไขกระดูก, ตับอักเสบ และภาวะไตวายเฉียบพลัน เป็นต้น[1]

จากการเกิดพิษจากการใช้ยา MTX ดังกล่าวยังไม่แน่ชัดในลักษณะทางคลินิกของการเกิดพิษจากการใช้ยา MTX ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาเพื่อให้ทราบถึงการเกิดพิษจากการใช้ยา MTX และปัจจัยในการเกิดพิษจากการใช้ยา MTX ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเพื่อนำมาพัฒนาการดูแลและป้องกันการเกิดพิษในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เกิด Methotrexate toxicity
2. ลักษณะทางคลินิกที่สัมพันธ์กับการเกิด Methotrexate toxicity

วิธีการดำเนินวิจัย

รูปแบบการศึกษา : Retrospective Descriptive Study

ประชากรที่ศึกษา

ทบทวนประชากรจากการทบทวนเวชระเบียน โดย เลือกจาก ICD10 รหัส D61.1, D61.9, K12.3, K71.1, K71.2, T45.1, Y43.1

ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 18 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Methotrexate toxicity คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้[16,17,18]

$$N \quad \frac{z^2_{\left\{1-\frac{\alpha}{2}\right\}} \quad p \quad -p}{d^2}$$

N = ขนาดตัวอย่างของกลุ่มประชากร

p= ค่าสัดส่วนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษา เท่ากับ 0.25[(5)]

$Z_{\left\{1-\frac{\alpha}{2}\right\}}$= สัมประสิทธิ์ความมั่นใจ ได้จากความเชื่อมั่นที่กำหนด เท่ากับ 1.96

d= ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ เท่ากับ 0.05

$\frac{1\,96^2 \quad (0\,15 \quad 1-0\,15\,)}{0\,05^2}$ = 288.12 = 289 คน

อย่างไรก็ตาม ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะ Methotrexate toxicity ทั้งหมดจำนวน 111 ราย ดังนั้น การศึกษานี้จึงใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์การศึกษา (total sampling)

เกณฑ์คัดเข้า

1. อายุมากกว่าเท่ากับ 18 ปี
2. ได้รับยา Methotrexate และมีหลักฐานการเกิดพิษทั้งทางคลินิกหรือทางห้องปฏิบัติการ

เกณฑ์คัดออก

1. ข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form: CRF) ใช้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและ

การตรวจผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป (อายุ เพศ BMI) โรคร่วม (comorbidities) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. เครื่องมือทางห้องปฏิบัติการ ระบบฐานข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบบันทึกข้อมูลพัฒนาตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ความถูกต้องของข้อมูล (Data Accuracy) ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจริง

ความเที่ยง (Reliability) เก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มเดียวกันทุกกรณี

การควบคุม Bias ใช้เกณฑ์คัดเข้า–คัดออกเพื่อลด confounding

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ทางสถิติ (Statistical analysis) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีสถิติเชิงพรรณา ได้แก่ จำนวน ในรูปแบบร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยฉบับนี้ได้ดำเนินการขอรับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ผลการวิจัย

ข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 พบ ผู้ป่วยที่เกิดพิษจากการใช้ยาทั้งหมด 111 ราย พบว่ามีข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบ 1 ราย โดยผู้ป่วยที่เกิดพิษจากการใช้ยา MTX พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด 10 ราย และ ไม่เสียชีวิต 100 ราย

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เกิดพิษจาก Methotrexate (Independent t test)

ข้อมูลพื้นฐาน	เสียชีวิต(n=10)	ไม่เสียชีวิต(n=100)	p-value
อายุ (เฉลี่ย)	64.9±14.48	63.54±11.13	0.72(ttest)
เพศหญิง	7(70%)	69(69%)	0.948
เพศชาย	3(30%)	31(31%)	
BMI (เฉลี่ย)	22.63±4.52	21.66±4.56	0.52(ttest)
โรคประจำตัว			
เบาหวาน	5(50%)	25(25%)	0.09
ความดันโลหิตสูง	4(40%)	38(38%)	0.90
ตับอักเสบ	1(10%)	1(1%)	*0.04*
ไขมันในเลือดสูง	2(20%)	11(11%)	0.401
โรคไตเรื้อรัง	5(50%)	11(11%)	0.401
เหตุผลในการใช้ยา MTX			
ข้ออักเสบรูมาตอยด์	7(70%)	73(73%)	0.839
สะเก็ดเงิน	2(20%)	15(15%)	0.677
Bullous pemphigoid	1(10%)	0(0)	*0.001*
มะเร็งทางโลหิต	0(0)	3(3%)	0.579
Autoimmune disease	0(0)	4(4%)	0.519
ยาที่ใช้ร่วมกัน			
Proton pump inhibitor (PPI)	0(0)	29(29%)	*0.047*

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เกิดพิษจาก Methotrexate (Independent t test)

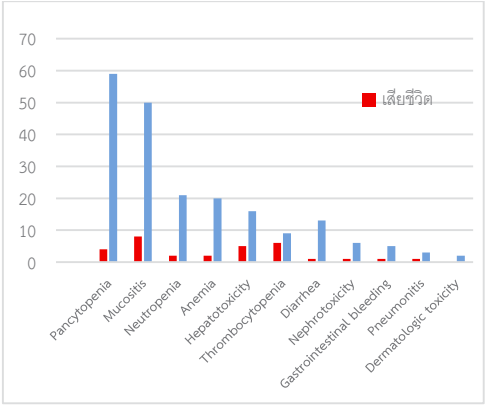
ข้อมูลพื้นฐาน	เสียชีวิต(n=10)	ไม่เสียชีวิต(n=100)	p-value
Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI)	0(0)	13(13%)	0.255
Steroid	2(20%)	41(41%)	0.194
NSAIDs	3(30%)	25(25%)	0.729
การใช้ยาผิด	1(10%)	3(3%)	0.310

จากผู้ป่วยที่มีภาวะ methotrexate toxicity ทั้งหมด 110 ราย พบว่ามีผู้เสียชีวิต 10 ราย (9.1%) และไม่เสียชีวิต 100 ราย (90.9%) ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเมื่อจำแนกตามการเสียชีวิตแสดงในตารางที่ 1อายุเฉลี่ยของกลุ่มผู้เสียชีวิตเท่ากับ 64.9 ± 14.48 ปี ขณะที่กลุ่มไม่เสียชีวิตมีอายุเฉลี่ย 63.54 ± 11.13 ปี โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.72) สัดส่วนเพศหญิงในกลุ่มผู้เสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 70 และในกลุ่มไม่เสียชีวิตร้อยละ 69 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.948) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มผู้เสียชีวิตเท่ากับ 22.63 ± 4.52 kg/m² และในกลุ่มไม่เสียชีวิตเท่ากับ 21.66 ± 4.56 kg/m² โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.52) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านอายุ เพศ และ BMI ไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เกิด MTX toxicity ในการศึกษานี้

เมื่อพิจารณาจากโรคประจำตัวพบว่าโรคเบาหวานพบในกลุ่มผู้เสียชีวิตร้อยละ 50 และในกลุ่มไม่เสียชีวิตร้อยละ 25 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.09) โรคตับอักเสบพบในกลุ่มผู้เสียชีวิต 1 ราย (10%) และในกลุ่มไม่เสียชีวิต 1 ราย (1%) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.04) โรคความดันโลหิตสูง, โรคไขมันในเลือดสูงและโรคไตเรื้อรังพบในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันระหว่างสองกลุ่ม และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การใช้ยา Methotrexate ข้อบ่งใช้ที่พบบ่อยที่สุดคือ rheumatoid arthritis โดยพบในกลุ่มผู้เสียชีวิตร้อยละ 70 และกลุ่มไม่เสียชีวิตร้อยละ 73 โรคสะเก็ดเงินพบในกลุ่มผู้เสียชีวิตร้อยละ 20 และในกลุ่มไม่เสียชีวิตร้อยละ 15 (p = 0.677) Bullous pemphigoid พบในกลุ่มผู้เสียชีวิต 1 ราย และไม่พบในกลุ่มไม่เสียชีวิตมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า p = 0.001 มะเร็งทางโลหิตและโรค autoimmune พบเฉพาะในกลุ่มไม่เสียชีวิต และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การใช้ Proton pump inhibitor (PPI) พบในกลุ่มไม่เสียชีวิตร้อยละ 29 และไม่พบการใช้ยาในกลุ่มผู้เสียชีวิต โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.047) การใช้ ACE inhibitors, steroid และ NSAIDs พบในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันระหว่างสองกลุ่ม และไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและ ในกลุ่มที่ใช้ยาผิด พบว่า กลุ่มผู้เสียชีวิต 1 ราย (10%) และ ไม่เสียชีวิต 3 ราย (3%) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



แผนภูมิที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่เกิดพิษจาก Methotrexate

จากผู้ป่วยทั้งหมด 110 ราย พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือ Pancytopenia จำนวน 63 ราย (57.27%) รองลงมาคือ Mucositis 58 ราย (52.73%) และ Hepatotoxicity 21 ราย (18.18%) โดย Pancytopenia พบในกลุ่มผู้เสียชีวิตร้อยละ 40 และในกลุ่มไม่เสียชีวิตร้อยละ 59 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.116) Mucositis พบในกลุ่มผู้เสียชีวิตร้อยละ 80 และกลุ่มไม่เสียชีวิตร้อยละ 50 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.070) Neutropenia และ Anemia พบในสัดส่วนใกล้เคียงกันระหว่างสองกลุ่ม (p = 0.941 และ 1.00 ตามลำดับ) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะ Hepatotoxicity พบในกลุ่มผู้เสียชีวิตร้อยละ 50 เทียบกับร้อยละ 16 ในกลุ่มไม่เสียชีวิต ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.061) Thrombocytopenia พบในกลุ่มผู้เสียชีวิตร้อยละ 60 เทียบกับเพียงร้อยละ 9 ในกลุ่มไม่เสียชีวิต และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001)

ภาวะ Nephrotoxicity, Diarrhea, Gastrointestinal bleeding, Pneumonitis และ Dermatologic toxicity พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์ค่าทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยที่เกิดภาวะ methotrexate toxicity จำนวน 110 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่เสียชีวิต 10 ราย และไม่เสียชีวิต 100 ราย พบดังนี้

Hematocrit (Hct) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม (p = 0.46) White blood cell (WBC) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.31) เกล็ดเลือด (platelet) พบว่ากลุ่มที่เสียชีวิตมีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.01)

ค่าการทำงานของไต พบว่าค่า Creatinine ในกลุ่มที่เสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.01) ค่าการทำงานของตับ พบว่า AST ในกลุ่มที่เสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.01) ขณะที่ ALT และ ALP แม้จะมีค่าสูงกว่าในกลุ่มที่เสียชีวิต แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.08 และ 0.07 ตามลำดับ)

ระดับ albumin ในกลุ่มที่เสียชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เสียชีวิต (2.54±0.4, 3.02±0.76 g/dL) โดยมีค่า p = 0.05 ซึ่งอยู่ในระดับใกล้เคียงนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงแนวโน้มว่าภาวะ hypoalbuminemia อาจสัมพันธ์กับการเสียชีวิต

โดยสรุป ค่าทางห้องปฏิบัติการที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระดับเกล็ดเลือดที่ต่ำ ระดับ creatinine ที่สูง และระดับ AST ที่สูง ขณะที่ albumin ต่ำมีแนวโน้มสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ส่วนค่า hematocrit, WBC, ALT และ ALP ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ลักษณะทางคลินิกและผลจากห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการเกิดพิษจากยา Methotrexate

ลำดับ	เพศ	อายุ	เหตุการใช้ยา	ปริมาณยา (mg/week)	ยาที่ทานร่วม	Serum Creatinine (mg/dl)	Serum Albumin (g/dl)	AST (U/L)	ALT (U/L)	ALP (U/L)	Hct (%)	WBC (x $10^3/\mu L$)	Platelet (x $10^3/\mu L$)	Leucovorin
1	หญิง	80	Psoriasis	40	-	1.05	2.7	57	21	80	25	0.4	12	ได้รับ
2	หญิง	73	Rheumatoid arthritis	5	Prednisolone NSAIDs	2.71	2	28	14	149	19.5	0.3	29	ไม่ได้รับ
3	หญิง	80	Rheumatoid arthritis	22.5	Prednisolone	1.03	3.2	460	120	664	28.4	3.6	31	ได้รับ
4	หญิง	55	Rheumatoid arthritis	7.5	NSAIDs	0.63	2.2	172	49	91	29.5	1.7	24	ได้รับ
5	หญิง	67	Psoriasis	5	-	2.79	2.7	351	238	109	32.4	9.6	87	ได้รับ
6	หญิง	68	Bullous pemphigoid	10	-	3.58	1.9	26	17	166	25.8	3.3	5	ไม่ได้รับ
7	หญิง	67	Rheumatoid arthritis	5	-	6.64	2.9	75	131	171	25.2	0.5	33	ได้รับ
8	ชาย	35	Rheumatoid arthritis	10	-	1.61	1.9	355	107	132	26.2	2.1	94	ได้รับ
9	ชาย	49	Rheumatoid arthritis	10	NSAIDs	3.66	2.8	134	58	58	26	0.2	10	ได้รับ
10	ชาย	75	Rheumatoid arthritis	10	-	0.92	3.1	21.4	35	35	18.7	4.7	9	ได้รับ

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการเกิดพิษจากยา Methotrexate

ลำดับ	เพศ	อายุ	Pancytopenia	Anemia	Neutropenia	Thrombocytopenia	Hepatotoxicity	Mucositis	Diarrhea	GI bleeding	Pneumonitis	Nephrotoxicity
1	หญิง	80			+	+		+				
2	หญิง	73	+					+			+	
3	หญิง	80				+	+	+				
4	หญิง	55			+	+	+	+				
5	หญิง	67		+		+	+					
6	หญิง	68				+		+				+
7	หญิง	67	+				+	+				
8	ชาย	35	+				+					
9	ชาย	49	+					+	+	+		
10	ชาย	75		+		+		+				

จากตารางที่ 3 จะแสดงถึงลักษณะทางคลินิกและผลจากห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการเกิดพิษของยา Methotrexate พบว่า เป็นเพศหญิง ทั้งหมด 7 ราย และ เพศชาย 3 ราย, อายุเฉลี่ย 64.9±14.48 ปี, ปริมาณยา Methotrexate เฉลี่ย 12.5 mg/week, ค่า Creatinine เฉลี่ย 2.462 mg/dl โดยมีผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังเดิม 5 รายและ เกิดจากพิษของ Methotrexate 1 ราย, ค่า Albumin เฉลี่ย 2.54±0.4 g/dl, ค่า AST,ALT และ ALP เฉลี่ย 104,53 และ 120 ตามลำดับ, ค่า Hematocrit เฉลี่ย 25.67±4.15 %, WBC เฉลี่ย 1.9 x 10^3/**μ**L, Platelets เฉลี่ย 26.5 x 10^3/**μ**L และผู้ป่วยที่เสียชีวิต ได้รับยา Leucovorin ทั้งหมด 8 ราย ผู้ป่วยอีก 2 รายได้รับ การทำ Urine Alkalinization

และจากตารางที่ 4 เป็นการแสดงถึงภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการเกิดพิษของยา Methotrexate พบว่า Mucositis 8 ราย, Thrombocytopenia 6 ราย, Hepatotoxicity 5 ราย, Pancytopenia 4 ราย, Anemia และ Neutropenia อย่างละ 2 ราย , Diarrhea, Gastrointestinal bleeding, Pneumonitisและ Nephrotoxicity อย่างละ 1 ราย

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยที่เกิดภาวะ methotrexate (MTX) toxicity จำนวน 110 ราย พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 9.1 โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ, ระดับ creatinine ที่สูง และระดับ AST ที่สูง ในขณะเดียวกันพบว่าระดับ albumin ที่ต่ำมีแนวโน้มสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับวรรณกรรมก่อนหน้าที่ระบุว่าภาวะกดไขกระดูก และ ภาวะ ไตวายเฉียบพลัน เป็นปัจจัยสำคัญที่แสดงถึงความรุนแรงของ MTX toxicity และอาจส่งผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย [7,19–22,24]

การรับประทานยาผิดผลงานวิจัยนี้พบว่าเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญของการเกิดพิษจากยา แม้จะไม่พบความสัมพันธ์โดยตรงกับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ถือเป็นจุดเริ่มต้นของ toxicity ในผู้ป่วยหลายราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Patil และคณะ[13] ที่รายงานว่า การรับประทานยาผิด เป็นสาเหตุสำคัญของ pancytopenia และภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และพบว่าการสั่งหรือรับประทาน MTX ผิดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย[28] นอกจากนี้ Kivity และคณะ[7] ยังรายงานว่าปัจจัยเสี่ยงของ low-dose MTX toxicity ได้แก่ อายุที่มากขึ้น ภาวะไตวายเฉียบพลัน และความผิดพลาดในการใช้ยา ซึ่งมีความสอดคล้องกับลักษณะผู้ป่วยในการศึกษานี้

ในด้านภาวะกดไขกระดูก ผลการศึกษาพบว่าเกล็ดเลือดในกลุ่มที่เสียชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Dhillon และคณะ [2] และ Ohosone และคณะ[19] ที่ระบุว่าภาวะ pancytopenia เป็นลักษณะเด่นของ MTX toxicity และสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค อีกทั้งการศึกษาแบบ systematic review และ meta-analysis ยังยืนยันว่าภาวะ cytopenia สามารถเกิดขึ้นได้แม้ใช้ขนาดยาต่ำ[25] กลไกดังกล่าวอาจนำไปสู่ภาวะเลือดออกรุนแรงหรือติดเชื้อแทรกซ้อน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของค่า white blood cell อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากจำนวนผู้เสียชีวิตที่มีเพียง 10 ราย ทำให้พลังทางสถิติจำกัด

ระดับ creatinine ในกลุ่มที่เสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Howard และคณะ[3] ที่อธิบายว่า MTX ถูกกำจัดทางไตเป็นหลัก และภาวะไตวายเฉียบพลันทำให้ระดับยาในร่างกายสูงขึ้นและเพิ่มความเสี่ยงต่อ systemic toxicity รวมถึงรายงาน

ของ Hamed และคณะ[10] และ Hosseini และคณะ[24] ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะไตวายเฉียบพลัน กับความรุนแรงของพิษ นอกจากนี้ Flombaum และคณะ[15] ยังรายงานว่า MTX nephrotoxicity มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่รุนแรงและต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน จึงอาจกล่าวได้ว่าภาวะไตวายเฉียบพลันเป็นทั้งปัจจัยกระตุ้นและตัวทำนายความรุนแรงของพิษจากยา ระดับ AST ในกลุ่มที่เสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Tilling และคณะ[5], Montaudié และคณะ[6] และการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับ hepatotoxicity จาก MTX[27] อย่างไรก็ตาม Choi และคณะ[14] รายงานว่าระดับเอนไซม์ตับที่เพิ่มขึ้นไม่ได้สัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่รุนแรงเสมอไป ความแตกต่างดังกล่าวอาจสะท้อนถึงบริบทของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน โดยค่า AST ที่สูงในกลุ่มเสียชีวิตของการศึกษานี้อาจสะท้อนภาวะ systemic toxicity หรือ multi-organ dysfunction มากกว่าการเกิดพิษจากยา MTX

ระดับ albumin ที่ต่ำในกลุ่มที่เสียชีวิตมีแนวโน้มสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทางเภสัชวิทยาที่ระบุว่า MTX เป็นยาที่จับกับโปรตีนในพลาสมาสูง[3,10] เมื่อมีภาวะ hypoalbuminemia ส่งผลให้ระดับ MTX ที่ไม่ได้จับกับโปรตีนสูงขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อพิษรุนแรง นอกจากนี้ ภาวะ hypoalbuminemia ยังอาจสะท้อนภาวะทุพโภชนาการหรือการอักเสบเรื้อรัง ซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย แม้ว่าการศึกษานี้จะพบว่า MTX Toxicity จะส่งผลต่อระบบโลหิต,ไตและตับ แต่ MTX Toxicity อาจส่งผลต่ออวัยวะอื่น เช่น ปอดและระบบประสาท[4,11,12,26] ซึ่งควรได้รับการเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติทางระบบดังกล่าว

โดยสรุป ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ระบุว่า ความรุนแรงของ ภาวะกดไขกระดูก และภาวะไตวายเฉียบพลันเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วย MTX toxicity[7,13,19–22,24] และการรับประทานยาผิดเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่ควรได้รับการป้องกันอย่างจริงจังในเวชปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ retrospective descriptive ซึ่งอาศัยข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง จึงมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนของข้อมูล และอาจเกิด information bias ได้ นอกจากนี้ การศึกษาไม่สามารถตรวจวัดระดับ methotrexate ในเลือด (serum MTX level) ได้ ทำให้ไม่สามารถประเมินความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างระดับยาในเลือดกับความรุนแรงของพิษหรือการเสียชีวิตได้ ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดสำคัญ

ข้อมูลเกี่ยวกับ medication error อาศัยจากประวัติที่ผู้ป่วยหรือญาติให้ อาจเกิด recall bias และการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน อีกทั้งเป็นการศึกษาจากโรงพยาบาลแห่งเดียว ทำให้ความสามารถในการสรุปผลไปยังประชากรอื่นมีข้อจำกัด นอกจากนี้ จำนวนผู้เสียชีวิตมีเพียง 10 ราย อาจส่งผลต่อพลังทางสถิติของการวิเคราะห์

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบ prospective study หรือ multicenter study เพื่อเพิ่มขนาดตัวอย่างและยืนยันบทบาทของปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ รวมถึงการประเมินประสิทธิผลของการรักษาในระยะเริ่มต้น เช่น การให้ leucovorin rescue และการจัดการภาวะไตวายเฉียบพลันต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย MTX toxicity

เอกสารอ้างอิง

1.ภณรัตน์ น้อยเพิ่มและ จักราวดี จุฬามณี (2566). บทบาทของยา Methotrexate ในการรักษาโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยา. วารสาร โลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต Journal of Hematology and Transfusion Medicine, 33(1), 7-10.

2.Dhillon GS, Chauhan S, Jalal Y, Ghobrial Y, Ahmed B.(2022). Low-Dose Methotrexate Toxicity Presenting as Pancytopenia. Cureus. 2022 Dec 13;

3.Howard SC, McCormick J, Pui CH ., Buddington RK, Harvey RD.(2016). Preventing and Managing Toxicities of High-Dose Methotrexate. The Oncologist [Internet]. 2016 Aug 5;21(12):1471–82.

4.Lateef O, Shakoor N, Balk RA.(2005). Methotrexate pulmonary toxicity. Expert Opin Drug Saf [Internet]. 2005;4(4):723–30

5.Tilling L, Townsend S, David J.(2006). Methotrexate and hepatic toxicity in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis. Clin Drug Investig [Internet]. 2006;26(2):55–62.

6.Montaudié H, Sbidian E, Paul C, Maza A, Gallini A, Aractingi S, et al.(2011). Methotrexate in psoriasis: a systematic review of treatment modalities, incidence, risk factors and monitoring of liver toxicity: Methotrexate in psoriasis: review. J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]. 2011;25 Suppl 2(s2):12–8.

7.Kivity S, Zafrir Y, Loebstein R, Pauzner R, Mouallem M, Mayan H.(2014). Clinical characteristics and risk factors for low dose methotrexate toxicity: a cohort of 28 patients. Autoimmun Rev [Internet]. 2014;13(11):1109–13.

8.Dalkilic E, Coskun BN, Yağız B, Tufan AN, Ermurat S, Pehlivan Y.(2018). Methotrexate intoxication: Beyond the adverse events. Int J Rheum Dis [Internet]. 2018;21(8):1557–62.

9.Wight J, Ku M, Garwood M, Carradice D, Lasica M, Keamy L, et al.(2022). Toxicity associated with high-dose intravenous methotrexate for hematological malignancies. Leuk Lymphoma [Internet]. 2022;63(10):2375

10.Hamed KM, Dighriri IM, Baomar AF, Alharthy BT, Alenazi FE, Alali GH, et al.(2022). Overview of Methotrexate Toxicity: A Comprehensive Literature Review. Cureus [Internet]. 2022 Sep 23;14(9).

11.Natnasak Apiraksattayakul, Jiraporn Jitprapaikulsan, Kleebsabai Sanpakit, Theerawat Kumutpongpanich.(2024). Potential neurotoxicity associated with methotrexate. Scientific Reports. 2024 Aug 9;14(1).

12.Gayathri Devi Hj, Richa D'cruz, Viswam Subeesh, Neha R.(2018). Methotrexate Induced Pneumonitis: A Case Report [Internet]. 2018.

13.Patil H, Prasad S, Subramanian R, Mamadapur M, Nikhil R, Paul AA.(2025). Methotrexate-induced pancytopenia: clinical characteristics, medication errors, and outcomes in a tertiary care centre: a retrospective single-centre study. Rheumatology International. 2025 Sep 24;45(10).

14.Choi SR, Park JW, Lee EB, Park JK.(2021). Initial methotrexate dosage is not associated with an increased risk of liver toxicity in patients with rheumatoid arthritis. Clinical Rheumatology. 2021 Jun 11;40(11):4493–500.

15.Flombaum CD, Liu D, Yan SQ, Chan A, Mathew S, Meyers PA, et al.(2018). Management of Patients with Acute Methotrexate Nephrotoxicity with High-Dose Leucovorin. Pharmacotherapy [Internet]. 2018 Jun 4;10.1002/phar.2145.

16.Ngamjarus C, Pattanittum P.(2024). n4Studies: application for sample size calculation in health science research. Version 2.3. App store; 2024.

17.Wayne W., D. (1995). Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences (6th ed.). John Wiley & Sons, Inc., 180.

18.Ngamjarus C.(2021). Sample size calculation for health science research. 1st ed. Khon Kaen, Thailand: Khon Kaen University Printing House; 2021

19.Ohosone Y, Okano Y, Kameda H, Hama N, Matsumura M, Nojima T, et al.(1997). Toxicity of low-dose methotrexate in rheumatoid arthritis--clinical characteristics in patients with MTX-induced pancytopenia and interstitial pneumonitis. Ryumachi [Rheumatism] [Internet]. 1997 Feb;37(1):16–23.

20.Calvo-Romero JM. Severe Pancytopenia Associated with Low-Dose Methotrexate Therapy for Rheumatoid Arthritis. Annals of Pharmacotherapy. 2001 Dec;35(12):1575-7.

21.Jara-Palacios MA, Chun W, Traub NL.(2021). Potential contributors to low dose methotrexate toxicity in a patient with rheumatoid arthritis and pernicious anemia: case report. BMC Rheumatology. 2021 Feb 12;5(1).

22.Ouellette S, Shah R, Razi S, Ashforth G, Wassef C.(2022). Fatal low dose methotrexate toxicity: a case report and literature review. Dermatologic Therapy. 2022 Oct 19;

23.Islam MT, Haque HF, Islam MJ, Chakraborty R, Rahman SI, Ahmed AS.(2025). Acute methotrexate toxicity: experience in a tertiary care hospital of Bangladesh. BIRDEM Medical Journal. 2025 Jun 1;15(2):73–9.

24.Hosseini E, Shahbazi F.(2024). Methotrexate-induced Severe Pancytopenia in a Patient with Rheumatoid Arthritis: A Case Report and Review of Literature. Current drug safety. 2024 May 1;19(2):224–35.

25.Vanni KMM, Solomon DH.(2020). Comment on: Cytopenias among patients with rheumatic diseases using methotrexate: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials: reply. Rheumatology [Internet]. 2020 Jul 24 [cited 2026 Feb 20];59(10):e76–6.

26.Jakubovic BD, Donovan A, Webster PM, Shear NH.(2013). Methotrexate-Induced Pulmonary Toxicity. Canadian Respiratory Journal. 2013;20(3):153–5.

27.Hu Q, Wang H, Xu T.(2023). Predicting Hepatotoxicity Associated with Low-Dose Methotrexate Using Machine Learning. Journal of Clinical Medicine [Internet]. 2023 Jan 1;12(4):1599.

28.Thompson JF, Love JA, Hendrickson RG.(2021). Methotrexate Toxicity from Unintentional Dosing Errors: Calls to a Poison Center and Death Descriptions. 2021 Nov 14;34(6):1246–8.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดปทุมธานี

Development of a care model for psychiatric patients, drug and addictive substance abuse patients at high risk of violence using District Health Boards (DHB), Pathum Thani Province.

(Received: March 26,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

ปิยะพร โชคเหรียญสุขชัย[1] รณพงศ์ ไทยแท้[2]
Piyaporn Chokreansukchai[1] Ronapong Thaithae[2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดปทุมธานี ดำเนินการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจากคณะกรรมการ พชอ. 130 คน และประชาชน 400 คน โดยใช้แบบสอบถาม (2) ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยสัมภาษณ์ เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง 49 คน (3) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (4) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ จากทีมสหวิชาชีพ 50 คน โดยใช้แบบสอบถาม และญาติผู้ป่วย 50 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์เอกสารรายงาน และ (5) ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จโดยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง 49 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ การทำงานแบบแยกส่วนและขาดกลไกกลางในการประสานงาน รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ PATHUM-UCCARE model ซึ่งเน้นการวางแผนการทำงานแบบมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบจากทุกภาคส่วนโดยใช้กลไกของ พชอ. ในการขับเคลื่อน หลังการพัฒนาทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลและมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ญาติผู้ป่วยมีความรู้ ทัศนคติ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$) จำนวนอุบัติการณ์การก่อความรุนแรงลดลง และเกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่สำคัญ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีการประสานการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ และจังหวัดปทุมธานีเป็น “เมืองแห่งการเรียนรู้และคืนคนดีสู่สังคม” ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีความชัดเจนเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบด้วยภาวะผู้นำของทีม พชอ. และความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติด การก่อความรุนแรง การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to develop and evaluate the effectiveness of a care model for psychiatric patients, drug and addictive substance abuse patients at high risk of violence using the District Health Boards, Pathum Thani Province. The study was conducted in five phases: (1) assessing the needs for developing the care model among 130 District Health Boards committee members and 400 people using questionnaires; (2) examining the current situation and operational barriers through in-depth interviews with 49 stakeholders; (3) developing the care model for psychiatric patients, drug and addictive substance abuse patients at high risk of violence (4) evaluating the effectiveness of the model among 50 multidisciplinary teams using questionnaires and 50 patients’ relatives using interviews, along with document analysis; and (5) identifying key success factors through in-depth interviews with 49 stakeholders. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics, while qualitative data were analyzed using content analysis.

[1] กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี
[2] กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

The results revealed that most participants expressed a high level of need for developing the care model. Key barriers included a lack of service integration and the absence of a central coordination mechanism. The developed model, namely the PATHUM-UCCARE model, emphasizes participatory planning and shared accountability across all sectors, driven by the District Health Boards mechanism. After implementation, multidisciplinary teams demonstrated increased participation in patient care and higher satisfaction with the model. Patients' relatives showed improved knowledge, attitudes, and satisfaction toward the care model at the .01 level of statistical significance ($p < .001$). The incidence of violent behavior decreased, and significant system-level changes were observed, including improved coordination among multidisciplinary teams and network partners. Pathum Thani Province was recognized as a "learning city and a place for social reintegration." A key factor in this success is a clear, systematically interconnected patient care model, driven by the leadership of the District Health Boards and collaboration from all sectors.

Keywords: psychiatric patients, drug and substance abuse patients, violent behavior, District Health Boards (DHB)

บทนำ

องค์การอนามัยโลกระบุว่า 1 ใน 8 ของคนทั่วโลกหรือกว่า 970 ล้านคนมีปัญหาด้านสุขภาพจิต สำหรับประเทศไทยมีประชากรราว 10 ล้านคนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต[1] ซึ่ง 4.4 ล้านคนเคยมีโรค จิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตในรอบ 12 เดือน โดยพบความชุกในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเท่ากับ 3 เท่า และ 2.8 เท่าตามลำดับ[2] ในปี 2566 คาดว่ามีผู้ป่วยจิตเวชสูงถึง 4 ล้านคน รวมกับกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดจาก 2.5 ล้านคนในปี 2565 คิดเป็นร้อยละ 6.44 ของประชากรไทยทั้งหมด โดยมีเพียงร้อยละ 38.75 ที่เข้าถึงการรักษา[3] มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำนวน 5,172 คนหรือเท่ากับ 7.9 ต่อประชากรแสนคน เฉลี่ยวันละ 14 คน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุก 2 ชั่วโมง อีกทั้งยังมีผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 31,110 คน หรือเท่ากับ 47.7 ต่อประชากรแสนคน เฉลี่ยวันละ 85 คน หรือมีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 7 คน ในทุก 2 ชั่วโมง[4] นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 18 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถดูแลตนเองได้ทำให้ครัวเรือนต้องจัดหาผู้ดูแลเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคล[5]

ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการทั้งหมด 2.9 ล้านคน ในปี 2566 พบว่าเป็นโรคซึมเศร้ามากถึง 1.5 ล้านคน ซึ่งมีแนวโน้มทำร้ายตัวเองเพิ่มสูงขึ้น[6] และมีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมด้วยจำนวน 381,631 ราย ส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) มีจำนวนผู้ที่คลุ้มคลั่งเพิ่มขึ้นทุกปี[7] ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) หมายถึง 1) ผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัวและสะเทือนขวัญในชุมชน 3) มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง และ 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง ได้แก่ ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง โดยที่ผู้ป่วย SMI-V มีสัญญาณของความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง 5 ประการคือ "ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เที่ยวหวาดระแวง"[8]

ในปีงบประมาณ 2568 กรมสุขภาพจิตได้กำหนดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยจัดให้มีทีม Psychiatric Emergency และทีม HOPE Task Force ในชุมชน เพื่อนำเข้าสู่การบริการอย่างทันท่วงที มีคุณภาพและปลอดภัย ตลอดจนพัฒนาระบบการติดตามเฝ้าระวังดูแลต่อเนื่องร่วมกับภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน ไม่ก่อเหตุความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น[9]

การแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ควรดำเนินการภายใต้การบูรณาการความ

ร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้กลไกของ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุขที่มีนโยบายบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้กลไกของ พชอ.[10-12]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยในชุมชนแบบ Assertive Community Treatment (ACT) โดยทีมสหวิชาชีพที่ทำงานเชิงรุกและมีการประสานความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ที่เน้นการเยี่ยมบ้าน การติดตามอาการอย่างต่อเนื่องและการประสานเครือข่ายบริการสุขภาพและสังคมเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงหรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่าช่วยเพิ่มการคงอยู่ในระบบการรักษาและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปลอดภัยมากขึ้น[13] แนวคิดการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนแบบบูรณาการซึ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพจิตที่สมดุลระหว่างบริการในโรงพยาบาลและบริการในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน ครอบครัว และเครือข่ายสังคม สามารถลดการตีตรา เพิ่มการเข้าถึงบริการ และลดปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพและใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี[14] และแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพผ่านการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคม โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการดำรงชีวิต การทำงาน และการมีบทบาทในสังคม ช่วยลดการกำเริบของโรค เพิ่มความต่อเนื่องในการรักษา และลดพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจนำไปสู่ความรุนแรง[15] แนวคิดตามที่กล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การใช้โปรแกรม Foundations psychosocial outreach support program เป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับเครือข่ายชุมชนผ่านการเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนทางสังคม และการเชื่อมโยงบริการในพื้นที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้นและระยะเวลาการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลลดลง[16]

งานวิจัยในประเทศที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กลไกของ พชอ. พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ และสามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการอาละวาดและก้าวร้าวลงได้ เกิดระบบการดูแลที่มีเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย SMI-V มีแนวทางปฏิบัติต่อผู้มีอาการทางจิตและกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูล มีการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช และพบว่าบทบาทของคณะกรรมการ พชอ. สูงกว่าเกณฑ์ที่คาดหวังและมีความสอดคล้องกับการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE[17-18] และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลยส่งผลให้มีระบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V และผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิตดีขึ้น[19]

ในปีงบประมาณ 2568 จังหวัดปทุมธานี มีผู้ป่วย SMI-V รวมทั้งสิ้น 268 คน ซึ่งมากเป็นอันดับที่ 3 ของเขตสุขภาพที่ 4 สะท้อนให้เห็นว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินและคุณภาพชีวิตของประชาชน ครอบครัว และสังคมโดยรวม ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วย SMI-V ที่ถูกนำส่งโรงพยาบาลชุมชนมักมีอาการก้าวร้าวรุนแรง มีอาการทางกายร่วมด้วย ซึ่งโรงพยาบาลเฉพาะทางจะปฏิเสธการรับผู้ป่วยโดยจะให้ทางโรงพยาบาลชุมชนรักษาอาการทางกายให้หายก่อน ทั้งนี้ พื้นที่จังหวัดปทุมธานีมีคนเร่ร่อนไร้สิทธิการรักษาอยู่เป็นจำนวนมาก ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดด้านสถานที่ที่ให้การดูแล ประกอบกับอัตรากำลังมีน้อยซึ่งส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่หญิง จึงขาดความปลอดภัยในขณะปฏิบัติหน้าที่ โดยที่ฝ่ายปกครองและเจ้าหน้าที่ตำรวจเมื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลแล้วก็ไม่ได้มีการติดตามผลแต่อย่างใด[20]

แม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาได้เสนอแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งช่วยลดการกำเริบของโรคและพฤติกรรมเสี่ยงได้ แต่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการจัดบริการหรือโปรแกรมเฉพาะด้าน ยังขาด

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บูรณาการการทำงานของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบผ่านกลไกของ พชอ. รวมทั้งยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการดำเนินงานในบริบทพื้นที่จริงค่อนข้างจำกัด จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในชุมชน ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยประยุกต์ใช้องค์ความรู้เรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research)ของ Kemmis & McTaggart[21] เทคนิครวมพลังสร้างอนาคตหรือกระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control)[22] แนวคิดการดูแลผู้ป่วย จิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง[8,11-12] และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)[10] เพื่อยกระดับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ป้องกันการกำเริบซ้ำและป้องกันพฤติกรรมการก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความต้องการดูแลและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยเสพยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดปทุมธานี

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D: research and development) แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาความต้องการการดูแลผู้ป่วย SMI-V ของคณะกรรมการ พชอ. และประชาชน

ประชากร ได้แก่

1. คณะกรรมการ พชอ. จำนวน 7 อำเภอๆ ละ 23 คน รวม 161 คน กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้ตารางคำนวณของเครจซี่และมอร์แกน[23] ได้ขนาดตัวอย่าง 118 คน ผู้วิจัยเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างและป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 130 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีจับสลากจากบัญชีรายชื่อของคณะกรรมการ พชอ. ในแต่ละอำเภอๆ ละ 18-19 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1) ได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ พชอ. มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1) ผู้ที่อยู่ระหว่างการยื่นเรื่องขอลาออกจากการเป็นคณะกรรมการ พชอ. และ 2) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์ให้เลิกการศึกษา (discontinuation criteria) 1) ผู้ที่เจ็บป่วยจนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิจัย 2) ผู้ที่ขอถอนตัวออกจากโครงการศึกษาวิจัย และ 3) ผู้ที่เสียชีวิตระหว่างการศึกษาวิจัย

2. ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 20-70 ปี ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 898,726 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ตามข้อ 1 ได้ขนาดตัวอย่าง 384 คน เพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 400 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน 1) สุ่มเลือกอำเภอได้ อ.คลองหลวง อ.ลำลูกกา และ อ.สามโคก 2) สุ่มเลือกตำบลโดยใช้อำเภอละ 3 ตำบล รวม 9 ตำบล 3) สุ่มเลือกหมู่บ้านใช้ตำบลละ 1 หมู่บ้านได้ 9 หมู่บ้าน 4) สุ่มตัวอย่างแบบง่ายเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 9 หมู่บ้าน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1) สามารถสื่อสารได้ตามปกติ และ 2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1) เป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือมีปัญหาสุขภาพจิต 2) ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินและความจำ 3) ผู้ที่ย้ายออกนอกเขตจังหวัดปทุมธานี และ 4) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์ให้เลิกการศึกษา (discontinuation criteria) 1) ผู้ที่เจ็บป่วยจนเป็นอุปสรรคต่อการ

ศึกษาวิจัย 2) ผู้ที่ขอถอนตัวออกจากโครงการศึกษาวิจัย และ 3) ผู้ที่เสียชีวิตระหว่างการศึกษาวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V มีลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดคะแนนเป็น 0 การแปลผลค่าคะแนนใช้เกณฑ์ดังนี้ [24] คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (0–7 คะแนน) มีความรู้ต่ำ คะแนนร้อยละ 60.00–79.99 (8–9 คะแนน) มีความรู้ปานกลาง คะแนน ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (10–12 คะแนน) มีความรู้สูง

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วย SMI-V จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน[25] วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง[26] ใช้คะแนนสูงสุด (50) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (10) หารด้วย 3 แปลผลดังนี้ น้อย = 10.00–23.33 คะแนน, ปานกลาง = 23.34–36.66 คะแนน, มาก = 36.67–50.00 คะแนน

ส่วนที่ 4 ความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V จำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน , ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน[25] วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง[26] ใช้คะแนนสูงสุด (125) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (25) หารด้วย 3 แปลผลดังนี้ น้อย = 25.00–58.33 คะแนน, ปานกลาง = 58.34–91.66 คะแนน, มาก = 91.67–125.00 คะแนน

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่าแบบสอบถามมีค่าความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์รายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับคณะกรรมการ พชอ. และประชาชนในจังหวัดลพบุรีจำนวนกลุ่มละ 30 คน ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้ KR-20[27] ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .891 และ .886 ตามลำดับ และใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค[28] วิเคราะห์ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .914 และ .903 ตามลำดับ และวิเคราะห์ความต้องการพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วย SMI-V ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .922 และ .908 ตามลำดับ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบงาน พชอ.ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 7 อำเภอเพื่อแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างและรวบรวมส่งคืนผู้วิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ขั้นที่ 2 ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย SMI-V

ประชากร ได้แก่ คณะทำงานดูแลผู้ป่วย SMI-V ของแต่ละ พชอ. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอิ่มตัวของข้อมูล[29] จำนวน 49 คน ได้แก่ ผู้แทน พชอ. 7 คน ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด ได้แก่ งานสุขภาพจิตและยาเสพติด 1 คน งาน พชอ. 1 คน และงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 1 คน และทีมสหวิชาชีพ 39 คน

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของประเด็นคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดลพบุรี กลุ่มละ 2 ราย และปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บข้อมูลจริง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่าง โดยประสานและนัดหมายวันเวลาและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ใช้เวลารายละประมาณ 45 นาที และขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)[30]

ขั้นที่ 3 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

นำผลการวิเคราะห์ในขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 มาพิจารณาร่วมกับแนวคิดและทฤษฎี[8-15,21-22] เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยอาศัยแนวคิดการสร้างรูปแบบเชิงโครงสร้างตามแนวทางของ Keeves[31] แล้วนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 9 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ จากนั้นจึงนำรูปแบบไปใช้กับเครือข่ายสุขภาพอำเภอทั้ง 7 เครือข่ายต่อไป

ขั้นที่ 4 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พชอ.

ดำเนินการตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นในเครือข่ายสุขภาพอำเภอทั้ง 7 เครือข่ายตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2569 รวมระยะเวลา 8 เดือน และทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร ได้แก่ 1) ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย SMI-V และ 2) ญาติผู้ป่วย กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1.9.2 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน ผู้วิจัยเพิ่มอีก ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างและการสูญหายของข้อมูล จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มละ 50 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากจากบัญชีรายชื่อ

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามแบบสัมภาษณ์ รูปแบบฯ ตามขั้นตอนที่ 3 และแบบบันทึกข้อมูล

1. แบบสอบถามทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย SMI-V จำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน[25] วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง[26] ใช้คะแนนสูงสุด (125) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (25) หารด้วย 3 แปลผลดังนี้ น้อย = 25.00–58.33 คะแนน, ปานกลาง = 58.34–91.66 คะแนน, มาก = 91.67–125.00 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พชอ. จำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน[25] วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง[26] ใช้คะแนนสูงสุด (75) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (15) หารด้วย 3 แปลผลดังนี้ น้อย = 15.00–35.00 คะแนน, ปานกลาง = 35.01–55.00 คะแนน, มาก = 55.01–75.00 คะแนน

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่าแบบสอบถามมีค่าความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์รายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับทีมสหวิชาชีพในจังหวัดลพบุรีจำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค[28] ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .916 และ .921 ตามลำดับ

2. แบบสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V มีลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดคะแนนเป็น 0 การแปลผลค่าคะแนนใช้เกณฑ์ดังนี้[24] คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (0–7 คะแนน) มีความรู้ต่ำ คะแนนร้อยละ 60.00–79.99 (8–9 คะแนน) มีความรู้ปานกลาง คะแนน ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (10–12 คะแนน) มีความรู้สูง

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วย SMI-V จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน[25] วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง[26] ใช้คะแนนสูงสุด (50) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (10) หารด้วย 3 แปลผลดังนี้ น้อย = 10.00–23.33 คะแนน, ปานกลาง = 23.34–36.66 คะแนน, มาก = 36.67–50.00 คะแนน

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พชอ. จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน[25] วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง[26] ใช้คะแนนสูงสุด (50) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (10) หารด้วย 3 แปลผลดังนี้ น้อย = 10.00–23.33 คะแนน, ปานกลาง = 23.34–36.66 คะแนน, มาก = 36.67–50.00 คะแนน

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่าแบบสัมภาษณ์มีค่าความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์รายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยในจังหวัดลพบุรี จำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้ KR-20[27] ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .883 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อรูปแบบการผู้ดูแลผู้ป่วยโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค[28] ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .905 และ .913 ตามลำดับ

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ จากทีมสหวิชาชีพ และญาติผู้ป่วย ตามลำดับ และใช้แบบบันทึกข้อมูลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติ paired-samples t test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นที่ 5 ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พชอ.

ประชากร ได้แก่ คณะทำงานดูแลผู้ป่วย SMI-V ของแต่ละ พชอ. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอิ่มตัวของข้อมูล[29] จำนวน 49 คน ได้แก่ ผู้แทน พชอ. 7 คน ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด ประกอบด้วย งานสุขภาพจิตและยาเสพติด 1 คน งาน พชอ. 1 คน และงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 1 คน ญาติผู้ป่วย 7 คนและทีมสหวิชาชีพ 32 คน

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของประเด็นคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดลพบุรี กลุ่มละ 2 ราย และปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บข้อมูลจริง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่าง โดยประสานและนัดหมายวันเวลาและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ใช้เวลารายละประมาณ 45 นาที และขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)[30]

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์จังหวัดปทุมธานี ตามใบรับรองเลขที่ PPHO-REC 2568/35 ลงวันที่ 17 มิถุนายน 2568

ผลการศึกษา

ความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พชอ.

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นคณะกรรมการ พชอ. และประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในระดับสูงร้อยละ 63.8 (mean = 10.43, SD = 1.43) และระดับปานกลาง ร้อยละ 71.2 (mean = 9.68, SD= 1.48) ตามลำดับ มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในระดับมาก ร้อยละ 52.3 (mean = 36.97, SD = 6.46) และระดับมาก ร้อยละ 60.8 (mean = 37.90, SD = 6.41) ตามลำดับ มีความต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พชอ. ในระดับมาก ร้อยละ 70.0 (mean = 100.10, SD = 18.79) และระดับมาก ร้อยละ 79.5 (mean = 105.24, SD = 17.31) ตามลำดับ โดยเฉพาะมีความต้องการด้านการทำงานแบบบูรณา

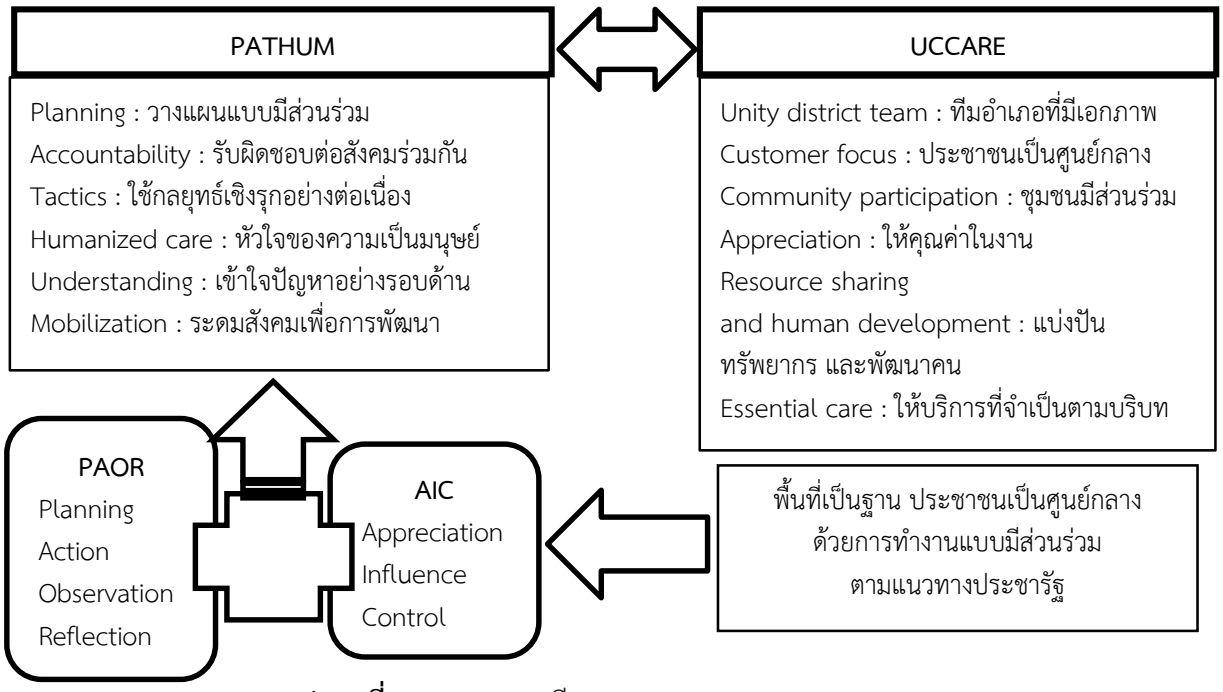
การ การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการมีระบบติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

สภาพปัจจุบันและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

พบว่าการดูแลผู้ป่วยยังประสบปัญหาเนื่องจากเป็นการทำงานแบบแยกส่วนและขาดกลไกกลางในการประสานงาน แนวทางปฏิบัติไม่มีความชัดเจน มีข้อจำกัดด้านบุคลากร ความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน และการขาดระบบติดตามผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุรุนแรงซ้ำ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พชอ.

ผู้วิจัยได้ร่วมกับคณะทำงานดูแลผู้ป่วย SMI-V ของ พชอ. และภาคีเครือข่ายในชุมชนวางแผนและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยใช้วงจร PAOR ได้แก่ การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ร่วมกับเทคนิค AIC (Appreciation-Influence-Control)[22] แล้วใช้กลไก พชอ.ในการตรวจประเมินและติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE สำหรับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้แก่ PATHUM-UCCARE เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่เน้นการวางแผนการทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยทุกภาคส่วนมีความรับผิดชอบร่วมกันแก้ไขปัญหาเชิงรุก ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ รวมทั้งเสริมพลังญาติให้มีบทบาทในการดูแลและเฝ้าระวัง 5 สัญญาณเตือนของผู้ป่วย ผู้เกี่ยวข้องเรียนรู้ทำความเข้าใจต่อปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างรอบด้าน เน้นการทำงานแบบบูรณาการของทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย และชุมชน ครอบคลุมการคัดกรอง การเฝ้าระวัง การดูแลกรณีฉุกเฉิน และติดตามต่อเนื่องในชุมชน ป้องกันการกำเริบซ้ำ ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนเป็นการคืนคนดีสู่สังคม ขณะเดียวกันได้สื่อสารเชิงบวกกับประชาชนในชุมชนไม่ให้มีการตีตราผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ ได้ใช้กลไก พชอ. เป็นศูนย์กลางในการตรวจประเมินและติดตามความก้าวหน้า โดยรูปแบบมีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด (mean = 4.83, 4.36; SD = .15, .45 ตามลำดับ) ดังมีรายละเอียดตามรูปภาพต่อไปนี้



รูปภาพที่ 1 แสดงรายละเอียดของ PATHUM-UCCARE model

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พชอ.

1. ทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย SMI-V เพิ่มขึ้นจาก 82.86 คะแนน (SD = 22.69) เป็น 104.74 คะแนน (SD = 19.42) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 48.98 คะแนน (SD = 9.46) เป็น 61.92 คะแนน (SD = 7.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value < .001)

2. ญาติผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 7.38 คะแนน (SD = 1.57) เป็น 9.44 คะแนน (SD = 1.48) มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 34.10 คะแนน (SD = 6.49) เป็น 43.76 คะแนน (SD = 6.20) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 36.84 คะแนน (SD = 5.91) เป็น 46.12 คะแนน (SD = 5.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value < .001 ดังมีรายละเอียดตามตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ (n = 50)

ประเด็น	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean Diff.	95%CI		t	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		Lower	Upper		
การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	82.86 (22.69)	104.74 (19.42)	-21.88	-23.60	-20.15	-25.56	< .001
ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย	48.98 (9.46)	61.92 (7.84)	-12.94	-13.82	-12.05	-29.39	< .001

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ (n = 50)

ประเด็น	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean Diff.	95%CI		t	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		Lower	Upper		
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย	7.38 (1.57)	9.44 (1.48)	-2.06	-2.77	-1.34	-5.76	< .001
ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย	34.10 (6.49)	43.67 (6.20)	-9.57	-9.92	-8.49	-33.36	< .001
ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วย	36.84 (5.91)	46.12 (5.31)	-9.28	-9.62	-8.93	-35.22	< .001

3. ตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิตมีแนวโน้มที่ดีขึ้นดังนี้ 1) จำนวนอุบัติการณ์การก่อความรุนแรงลดลงจาก 173 ครั้ง เหลือ 108 ครั้ง โดยลดลงร้อยละ 37.57 2) ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำเพิ่มจากร้อยละ 71.14 เป็นร้อยละ 87.52 3) ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.26 เป็นร้อยละ 100 4) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจาก 2.38 ต่อแสนประชากร เหลือ 0.08 ต่อแสนประชากร และ 5) ผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.01 เป็น ร้อยละ 90.70

4. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พชอ. ตามองค์ประกอบ UCCARE พบว่าเครือข่ายสุขภาพอำเภอทุกอำเภอสามารถพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบได้เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ขั้น

5. เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบดังนี้

1) ระดับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการดูแลจนสามารถลดการเกิดอาการกำเริบซ้ำ ส่งผลให้ความหวาดระแวงในครอบครัวลดลง

2) ระดับชุมชน ได้แก่ เปลี่ยนจากชุมชนที่เฝ้ามองเป็นชุมชนที่จัดการตนเองด้วยกลไกการฟื้นฟูบำบัดผู้ป่วยโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based

Treatment and Rehabilitation : CBTx) โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางด้วยการทำงานแบบมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐ และมีการสื่อสารเชิงบวกเพื่อให้ประชาชนไม่ตีตราผู้ป่วย

3) ระดับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ได้แก่ เปลี่ยนจากการทำงานแบบแยกส่วนเป็นระบบนิเวศการดูแลร่วมกันโดยได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดปทุมธานี

4) ระดับจังหวัด ได้แก่ จังหวัดเป็นต้นแบบ “เมืองแห่งการเรียนรู้และคืนคนดีสู่สังคม” ภายใต้ “เมืองปทุมโมเดล” โดยใช้กลไก พชอ. อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดในการหมุน “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ซึ่งสามารถเชื่อมโยงนโยบายจากจังหวัดสู่การปฏิบัติจริงของฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน สาธารณสุข ชุมชน และภาคส่วนต่างๆ ได้อย่างไร้รอยต่อจนสามารถสร้างพื้นที่ปลอดภัยและลดอัตราการก่อความรุนแรงลงได้อย่างเป็นรูปธรรม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีความชัดเจนเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ด้วยภาวะผู้นำของ พชอ. ความร่วมมือของทุกภาคส่วน การสื่อสารและการประสานงานอย่างต่อเนื่อง การใช้ข้อมูลจริงประกอบการวางแผนและตัดสินใจ การเสริมพลังชุมชน และการเสริมพลังให้ญาติผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามโอกาสพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ ควรมีการประชุม case conference ของผู้ป่วยทุกราย และพัฒนา Dashboard โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อแสดงข้อมูลและสถานการณ์แบบ real-time และเชื่อมโยงข้อมูลเข้ากับ Cardiff Model[32] โดยบูรณาการข้อมูลแบบเชิงรุกระหว่างสถานพยาบาลกับฝ่ายตำรวจ เน้นการวิเคราะห์ข้อมูลสถานที่และเวลาที่เกิดเหตุการณ์รุนแรงเพื่อระบุพื้นที่เสี่ยงอันจะนำไปสู่การวางมาตรการป้องกันเชิงรุกร่วมกันระหว่างทุกภาคส่วนเพื่อลดอุบัติการณ์การก่อความรุนแรงต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งคณะกรรมการ พชอ. และประชาชนส่วนใหญ่มีความต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยใช้กลไก พชอ. โดยเฉพาะมีความต้องการด้านการทำงานแบบบูรณาการ การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการมีระบบติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

สะท้อนให้เห็นว่าสังคมต้องการให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลที่ดี ซึ่งจะทำให้ประชาชนในชุมชนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินและมีคุณภาพชีวิตที่ดี[10-12] จึงมีความจำเป็นต้องเชื่อมโยงระบบบริการโดยมีกลไกกลางในการประสานงาน ลดข้อจำกัดด้านขีดความสามารถของบุคลากร เพิ่มความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน และพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีระบบป้องกันเชิงรุกโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอันจะนำไปสู่การลดอุบัติการณ์การก่อความรุนแรงต่อไป[13-15]

รูปแบบ PATHUM-UCCARE ที่พัฒนาขึ้นเกิดจากความร่วมมือระหว่างผู้วิจัยและคณะทำงานของ พชอ. ทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนภาคส่วนต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาความรุนแรงที่เกิดจากผู้ป่วย SMI-V โดยใช้ชุมชนเป็นฐานขับเคลื่อนด้วยกลไก พชอ. เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม[21] โดยใช้ข้อมูลประกอบการวางแผน ปฏิบัติการ สังเกตติดตามผล และสะท้อนผลร่วมกัน ประกอบกับการใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วมที่เน้นสร้างความเข้าใจบริบท กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และวางแผนควบคุมกำกับการดำเนินงานร่วมกันเพื่อให้ทุกฝ่ายรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและแนวทางแก้ไขเพื่อเป้าหมายเดียวกัน[22] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับเครือข่ายชุมชนผ่านการเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนทางสังคม และการเชื่อมโยงบริการในพื้นที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น และระยะเวลาการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลลดลง[16]

สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ ลดจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการอาละวาดและก้าวร้าวลงได้ เกิดระบบการดูแลที่มีเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง มีแนวทางปฏิบัติต่อผู้มีอาการทางจิตและกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูล มีการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช และพบว่าบทบาทของคณะกรรมการ พชอ. สูงกว่าเกณฑ์ที่คาดหวังและสัมพันธ์กับการดำเนินงานตามกระบวนการ UCCARE[17-18] และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดส่งผลให้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิตดีขึ้น[19]

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษายืนยันว่า PATHUM-UCCARE model สามารถเชื่อมประสานระบบบริการผ่านกลไก พชอ. จนเกิดการบูรณาการเชิงโครงสร้างอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทุกระดับดีขึ้น และตัวชี้วัดความรุนแรงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนพลังของระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดที่ยึดชุมชนเป็นฐานและมีธรรมาภิบาลที่ชัดเจน การเปลี่ยนผ่านจากการดูแลแบบแยกส่วนสู่ระบบการดูแลแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงกันทั้งเครือข่ายเป็นปัจจัยชี้ขาดต่อการลดความรุนแรงและเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือควรยกระดับรูปแบบดังกล่าวเป็น “มาตรฐานระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ” พร้อมกำหนดตัวชี้วัดด้านการลดเหตุความรุนแรงและความต่อเนื่องของการดูแล ในเชิงระบบบริการควรพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศแบบทันสถานการณ์โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และมีการประชุมทบทวนรายกรณีในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อเพิ่มการเฝ้าระวังและตอบสนองได้อย่างทันต่อสถานการณ์ ในเชิงปฏิบัติการควรเสริมศักยภาพทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายให้มีความปลอดภัยต่อการจัดการภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งพัฒนาระบบบำบัดรักษาโดยชุมชนเป็นฐานให้เป็นกลไกปกติของพื้นที่ และในเชิงวิชาการควรต่อยอดการวิจัยแบบติดตามผลระยะยาวและศึกษาเปรียบเทียบเพื่อยืนยันผลลัพธ์เชิงประจักษ์และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านนายแพทย์อภิชน จีนเสวก รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และอาจารย์ชยา เครื่องทิพย์ นักวิชาการอิสระที่สละเวลาให้คำปรึกษาการวิจัย รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้สถิติในการวิจัย ขอขอบคุณทีม พชอ. ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายทุกอำเภอที่ร่วมแรงร่วมใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจนเกิดผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม คุณค่าและประโยชน์ของงานวิจัยนี้ขอมอบไว้เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมความรุนแรง และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).(2567). นศ.ไทยเครียด-ซึมเศร้าสูง 30% พบ 5 ปีฆ่าตัวตายสำเร็จ 14 ราย สสส.รุกสร้างเครือข่ายมหาลัยดูแลสุขภาพจิต [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/a1b92cf7-91ec-ee11-8103-0015d1aab6f

2. กรมสุขภาพจิต.(2568). ความชุกโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย: ผลสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https://dmh-elibrary.org/items/show/1742

3. ไทยพีบีเอส (Thai PBS). (2567). คาดคนไทยป่วยสุขภาพจิต มากกว่าผู้รับการรักษา 5 เท่า [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-35

4. ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย กระทรวงสาธารณสุข.(2567). รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 10 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https://suicide.dmh.go.th/news/view.asp?id=92
5. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.(2567). รายงานสภาวะสังคมไทยไตรมาส 1/2567 [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 10 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https://www.nesdc.go.th/download/Social/Social_Report/2567_q1_001_report.pdf
6. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ.(2567). เปิดตัวเลขคนไทยรับบริการจิตเวช 2.9 ล้านคนในปี 66 ป่วยซึมเศร้า 1.5 ล้าน [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 10 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https://www.hfocus.org/content/2024/09/31645
7. ศูนย์สื่อสารวาระทางสังคมและนโยบายสาธารณะ องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย.(2567). สธ. เดินหน้าบำบัดผู้ป่วยจิตเวช-ยาเสพติด ด้วยกลไก Patient Journey [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 12 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https://theactive.thaipbs.or.th/news/publichealth-20240521
8. กรมสุขภาพจิต.(2566). มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง Standard Operating Procedures : SOPs Severe Mental Illness–High Risk to Violence (V-Care). กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด; 2566.
9. กรมสุขภาพจิต.(2567). แนวทางการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์สำหรับหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2568. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต; 2567.
10. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 45 ง หน้า 1–7.
11. กรมสุขภาพจิต.(2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด; 2563.
12. กระทรวงสาธารณสุข.(2567). การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treament and x.. (CBTx) ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). นนทบุรี: สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (สลบ.สธ.); 2567.
13. Stein LI, Test MA.(1980). Alternative to mental hospital treatment: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry. 1980;37(4):392–7.
14. Thornicroft G, Tansella M.(1993). The balanced care model for global mental health. Psychol Med. 2013;43(4):849–63.
15. Anthony WA.(1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosoc Rehabil J. 1993;16(4):11–23.
16. Savaglio M, Vincent A, Bentley M, Gaul J, Poke S, Watson N, et al.(2024). A controlled evaluation of a psychosocial outreach support program for adults with severe mental illness. Psychosoc Interv. 2024;33(3):179–185.
17. ชนินทร์ ประกายสิทธิ์, และรัตนา ดวงพรม.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชจากสารเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อนแบบเชิงรุกในชุมชน ผ่านกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 68]. เข้าถึงจาก: https://www.kaedamhospital.go.th/uploads/files/20240903162553_%E0%B8%
18. ประดิษฐ ศรีแสน, รัชนี ศรีแสน, แสงเดือน ศรีวรสาร, และธัชวิทย์ วงศ์เข็มมา.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2567;5(2):167–180.
19. ขัติยา แก้วสมบัติ, อิศรา ขุนพิลึก, อัญชลี วิจิตรปัญญา, เพ็ญสุดา ไชยเมือง, และประภาพร จันทร์นาม.(2567). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยภาคีเครือข่ายจังหวัดเลย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(5):549–560.
20. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. (2568). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2568. เอกสารอัดสำเนา.
21. Kemmis, & McTaggart, R.(1988). The Action research planner, 3 rd ed. Geelong: Deakin University, Australia; 1988.
22. Smith WE.(1992). The AIC model: concepts and practice. Washington, DC: Organizing for Development: an International Institute (ODII); 1992.

23. Krejcie RV, Morgan DW.(1970). Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30(3):607–10. doi: 10.1177/001316447003000308.
24. Bloom BS.(1976). Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill Book Company; 1976.
25. อัจศรา ประเสริฐสิน.(2563). เครื่องมือการวิจัยทางการศึกษาและสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
26. Best JW, Kahn JV.(1986). Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall; 1986.
27. บุญชัช เมฆแก้ว.(2562). รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาชุดช่วยวิเคราะห์ข้อมูลแบบเรียลไทม์หาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบ (KR-20). พังงา: วิทยาลัยชุมชนพังงา; 2562.
28. Cronbach LJ.(1977). Educational Psychology. New York: Harcourt Brace Jevanovich; 1977.
29. Creswell JW, Poth CN.(2018). Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. 4th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2018.
30. Crabtree BF, Miller WL.(1992). Doing qualitative research: multiple strategies. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1992.
31. Keeves JP.(1988). Educational research, methodology, and measurement: an international handbook. Oxford: Pergamon Press; 1988.
32. Shepherd JP.(2024). The Cardiff model for violence prevention. London: Royal College of Emergency Medicine; 2024 [cited 2025 June 9]. Available from: https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2024/03/The_Cardiff_Model_for_Violence_Prevention_Jonathan_Shepherd.pdf

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีสในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลพนมสารคาม

Risk Factors Associated with the Development of Diabetic Ketoacidosis Among Diabetic Patients Attending the Diabetes Clinic at Phanom Sarakham Hospital.

(Received: March 27,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 31,2026)

ณัฐธิดา จิตพิทยานุภาพ[1] ดวงมณี วิยะทัศน์[2]
Natthida Jitpitayanupap[1] Duangmanee Wiyathus[2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีสในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพนมสารคาม เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง (retrospective analytical study) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 176 ราย แบ่งเป็นกลุ่มเกิด DKA 44 ราย และไม่เกิด DKA 132 ราย รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนระหว่างตุลาคม 2565–กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ ทีเทสต์ และถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญต่อการเกิด DKA ได้แก่ ระดับ HbA1c ≥12% (OR = ∞, p<0.001) น้ำตาลขณะอดอาหาร ≥400 mg/dL (OR = ∞, p<0.001) การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ (OR = 10.82, p<0.001) การติดเชื้อร่วม (OR = 8.57, p<0.001) ประวัติเคยเกิด DKA (OR = 7.68, p<0.001) และการใช้ยาอินซูลิน (OR = 3.63, p=0.001)
คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2; ภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีส; DKA; ปัจจัยเสี่ยง

Abstract

Objective To examine the association between personal, clinical, health behavior, and complication-related risk factors and the occurrence of DKA. Methods**:** A retrospective analytical study was conducted among 176 patients with type 2 diabetes, comprising 44 patients with DKA and 132 without DKA. Data were collected from medical records between October 2022 and September 2024. Statistical analyses included descriptive statistics, chi-square test, t-test, and logistic regression.

Results: Significant risk factors for DKA included HbA1c ≥12% (OR = ∞, p<0.001), fasting blood glucose ≥400 mg/dL (OR = ∞, p<0.001), irregular medication use (OR = 10.82, p<0.001), concurrent infection (OR = 8.57, p<0.001), history of DKA (OR = 7.68, p<0.001), and insulin therapy (OR = 3.63, p=0.001).
Keywords: Type 2 diabetes; diabetic ketoacidosis; DKA; risk factors.

บทนำ

โรคเบาหวานนับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 422 ล้านคน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ[1] สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนในระบบสุขภาพกว่า 3.3 ล้านคน และมีอัตราการเสียชีวิต 25.1 ต่อประชากรแสนคน[2] ปัญหาสำคัญอีกประการ

[1] พบ.วว. (เวชศาสตร์ครอบครัว) โรงพยาบาลพนมสารคาม
[2] พย.ม., อพย.(การพยาบาลชุมชน)

หนึ่งคืออัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ดียังมีระดับต่ำ ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานเพียงร้อยละ 21.6 ที่สามารถควบคุมค่า HbA1c ได้ต่ำกว่า 7% ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 40[3]

การควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่เหมาะสมนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง โดยเฉพาะภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีส (Diabetic Ketoacidosis: DKA) ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่เป็นอันตรายถึงชีวิตและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ[4] ภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีสยังเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ได้แก่ การติดเชื้อเฉียบพลัน โรคประจำตัวร่วม และการขาดยาอินซูลินหรือการใช้ยารับประทานไม่สม่ำเสมอ[5] ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่เพียงพอมักไม่เข้าใจธรรมชาติของโรคและวิธีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม[6] รวมถึงการไม่รู้วิธีปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยเฉียบพลัน (sick-day management) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อาการรุนแรงขึ้น[7]นอกจากนี้ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ต่ำ การศึกษาน้อย และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด ยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดูแลโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง[8] อย่างไรก็ตาม แม้ประเทศไทยจะมีระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องมานาน แต่ยังคงพบผู้ป่วยที่เกิด DKA ในระดับสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มารับบริการคลินิกโรคเบาหวาน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิด DKA ยังไม่มีการศึกษาอย่างลึกซึ้งในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน[9] เช่นเดียวกับโรงพยาบาลพนมสารคาม ในปี 2565–2567 พบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ขึ้นทะเบียนรักษา 5,667, 5,780 และ 5,800 ราย ตามลำดับ และเกิดภาวะ DKA จำนวน 15, 17 และ 20 ราย คิดเป็นอัตราการเกิดร้อยละ 0.26, 0.29 และ 0.34 ตามลำดับ[10] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีสในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพนมสารคาม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบคัดกรอง การดูแลรักษา และการจัดการโรคเบาหวานที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีส ส่งผลถึงการลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนรุนแรงนี้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีสในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพนมสารคาม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ด้านคลินิก ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านภาวะแทรกซ้อน ต่อการเกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีส

2. เพื่อเปรียบเทียบลักษณะปัจจัยเสี่ยงระหว่างผู้ป่วยที่เกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีสกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีส

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคล ด้านคลินิก ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อน ระหว่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีสกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะนี้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคล ด้านคลินิก ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีสในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงเปรียบเทียบ (Retrospective Study) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีส (Diabetic Ketoacidosis: DKA) ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพนมสารคาม โดยการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และมีประวัติการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานในช่วงเดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพนมสารคาม ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 และมีข้อมูลทางเวชระเบียนครบถ้วน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

กลุ่มที่ 1: ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีประวัติการเกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีส อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงเวลาดังกล่าว

กลุ่มที่ 2: ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งไม่เคยมีประวัติการเกิด ภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีสในช่วงเวลาเดียวกัน

วิธีเลือกตัวอย่าง (Sampling Method)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบผสม (Mixed Sampling Methods)

1. กลุ่มเกิด DKA ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เลือกทุกเคสที่เกิดขึ้นจริง (All cases) ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาตามเกณฑ์การศึกษาตรงเงื่อนไข จำนวน 44 คน

2. กลุ่มไม่เกิด DKA ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบความน่าจะเป็น (Probability Sampling) จากผู้ป่วยที่ไม่มี DKA โดย Simple Random Sampling สุ่มจากเลขการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยจากฐานข้อมูล จำนวน 132 คน

คิดเป็นสัดส่วน 1:3 (44:132)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. มีประวัติการเข้ารับการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่2 ที่คลินิกโรงพยาบาลพนมสารคาม

2. ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานขนิดที่ 2

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลเวชระเบียนที่สำคัญหรือมีข้อมูลไม่ครบถ้วน

2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 หรือผู้ป่วยเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางอายุรกรรมอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีส เช่น ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD), มะเร็งระยะลุกลาม

4. ผู้ป่วยที่มีข้อมูลซ้ำซ้อนหรือมีการลงรหัสโรคผิดพลาดในเวชระเบียน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในดำเนินและเก็บข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย (Medical Record Data Extraction Form) ซึ่งออกแบบมาเพื่อรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีสอย่างเป็นระบบ โดยประกอบด้วยด้าน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ (ปี) เพศ (ชาย/หญิง) อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส 2) ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร (Fasting Blood Sugar: FBS) (mg/dL) ที่บันทึกครั้งที่เกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีส ส่วนกลุ่มไม่เกิดเบาหวานคีโตนแอซิโดซีสใช้ข้อมูลครั้งล่าสุด ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) (%) ใช้ข้อมูลครั้ง

สุดท้ายทั้ง 2 กลุ่ม ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน (ปี) ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) (kg/m²) ชนิดยาที่ใช้รักษา (ยารับประทาน/อินซูลิน/ยาร่วม) โรคร่วมอื่นๆ (ความดันโลหิตสูง/โรคไต/โรคหัวใจและหลอดเลือด) 3) ข้อมูลด้าน พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการใช้ยา (สม่ำเสมอ/ไม่สม่ำเสมอ) ความถี่ในการขาดยา (ครั้ง/เดือน) 4) ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อร่วม (มี/ไม่มี) ประวัติการเกิด DKA มาก่อน (มี/ไม่มี) จำนวนครั้งที่เกิด DKA ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ทดสอบเครื่องมือวิจัยจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดและตัวแปรที่สำคัญ ออกแบบแบบฟอร์มเบื้องต้น โดยผู้วิจัยและที่ปรึกษา ประเมินความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.9 ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ทดสอบเครื่องมือวิจัยการทดลองใช้เครื่องมือ ทดลองใช้กับเวชระเบียนตัวอย่างโรงพยาบาลใกล้เคียง จำนวน 30 ราย ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้ Kappa Coefficient = 0.89

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ระยะเตรียมการ

1.1 เสนอโครงการวิจัยต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนมสารคามเพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอน การเก็บ รวบรวมข้อมูล และเตรียมผู้ช่วยวิจัย

1.2 ขอจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ PH_CCO_REC 041/2567 วันที่รับรอง 20 กรกฎาคม 2568- 20 กรกฎาคม 2569

1.3 ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับงานเวชระเบียนเพื่อขอข้อมูล

2) ระยะดำเนินการ

2.1 ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้แบบการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด

2.2 การสร้างเครื่องมือการวิจัยและการทดสอบเครื่องมือ แบบบันทึกข้อมูล (Data extraction form) เพื่อดึงข้อมูลจากเวชระเบียนให้เป็นระบบ และคมีการ ตรวจสอบความครบถ้วน ความชัดเจน และความสอดคล้องของข้อมูล (Data validation)

2.3 ขั้นตอนการวิจัย เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) โดยรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลพนมสารคามในช่วงระยะเดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2567 แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่เกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีส (DKA) และ กลุ่มที่ไม่เกิดภาวะ DKA

2.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะขออนุญาตเข้าถึงเวชระเบียนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำการคัดกรองและคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด บันทึกข้อมูลตามแบบการเก็บข้อมูล โดยควบคุมคุณภาพข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วนตลอดการเก็บข้อมูล

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้ อายุ ระดับ HbA1c แสดงด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้ เพศ ประวัติติดเชื้อ การใช้ยา แสดงด้วย จำนวน (n) และ ร้อยละ (%)

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Inferential Statistics) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยเสี่ยง และเปรียบเทียบความ
แตกต่างของปัจจัยเสี่ยงระหว่าง กลุ่มที่เกิด DKA กับกลุ่มที่ไม่เกิด DKA ใช้ Independent t-test, (Chi-square test) , Logistic Regression รายงาน

Adjusted Odds Ratio (AOR), 95% Confidence Interval (CI) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ย้อนหลัง (Retrospective Study) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 176 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่เกิดภาวะ DKA จำนวน 44 ราย และกลุ่มที่ไม่เกิดภาวะ DKA จำนวน 132 ราย รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และวิเคราะห์ทางสถิติด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ค่าที (Independent t-test) และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) เพื่อหาความสัมพันธ์และอัตราส่วนความเสี่ยง (Odds Ratio: OR)

ข้อมูลทั่วไป: กลุ่มไม่เกิด DKA มีอายุเฉลี่ย 60.8±11.5 ปี พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 41-60 ปี (47.0%) ส่วนกลุ่มเกิด DKA มีอายุเฉลี่ยน้อยกว่าคือ 53.8±18.4 ปี พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 41-60 ปี (40.9%) และมีสัดส่วนผู้ป่วยอายุ ≤40 ปี สูงกว่า (27.3% vs 13.6%) ทั้งสองกลุ่มมีเพศชายมากกว่าเพศหญิง ข้อมูลทางคลินิก: กลุ่มไม่เกิด DKA มีค่า FBS เฉลี่ย 162.3±58.2 mg/dL และ HbA1c 7.5±1.1% ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ควบคุมดี ในขณะที่กลุ่มเกิด DKA มีค่า FBS สูงมาก (432.6±118.7 mg/dL) และ HbA1c สูง (12.7±2.3%) แสดงว่าควบคุมโรคไม่ดี กลุ่มเกิด DKA มีระยะเวลาการเป็นเบาหวานเฉลี่ยน้อยกว่า (6.5±4.3 ปี vs 7.5±4.8 ปี) และมีสัดส่วนผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ≤5 ปี สูงกว่า (50.0% vs 40.2%) พฤติกรรมสุขภาพ: กลุ่มไม่เกิด DKA ใช้ยาสม่ำเสมอมากกว่า (80.3% vs 27.3%) และใช้ยารับประทานเป็นหลัก (69.7%) ในขณะที่กลุ่มเกิด DKA ใช้ยาไม่สม่ำเสมอถึง 72.7% และใช้ insulin หรือยาร่วมมากกว่า ภาวะแทรกซ้อน: กลุ่มเกิด DKA มีการติดเชื้อร่วมสูงกว่า (50.0% vs 10.6%) และมีประวัติ DKA มาก่อนสูงกว่า (36.4%) ไม่เป็น (6.8%)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีส (DKA) (N=176)

ปัจจัยเสี่ยง	กลุ่มไม่เกิด DKA (n=132)	กลุ่มเกิด DKA (n=44)	ค่าสถิติ (ค่า-p)	OR (95% CI)
อายุ (ปี)	60.8 ± 11.5	53.8 ± 18.4	t=2.87	(0.005)* -
≤40 ปี	18 (13.6%)	12 (27.3%)	χ^2=4.12 (0.042)*	2.38 (1.025.54)
เพศชาย	72 (54.5%)	27 (61.4%)	χ^2=0.63 (0.427)	1.32 (0.66-2.65)
อาชีพเกษตร	55 (41.7%)	18 (40.9%)	χ^2=0.01 (0.920)	0.97 (0.48-1.95)
BMI ≥30 kg/m²	44 (33.3%)	18 (40.9%)	χ^2=0.82 (0.365)	1.38 (0.68-2.79)
HbA1c ≥12%	0 (0.0%)	24 (54.5%)	χ^2=89.4(0.001)*	∞ (19.8-∞)
FBS ≥400 mg/dL	0 (0.0%)	24 (54.5%)	χ^2=89.4 (0.001)*	∞ (19.8-∞)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีส (DKA) (N=176)

ปัจจัยเสี่ยง	กลุ่มไม่เกิด DKA (n= 132)	กลุ่มเกิด DKA (n=44)	ค่าสถิติ (ค่า-p)	OR (95% CI)
ใช้ยาไม่สม่ำเสมอ	26 (19.7%)	32 (72.7%)	χ^2=41.6 0.001)*	10.82 (4.98-23.52)
มีการติดเชื้อร่วม	14 (10.6%)	22 (50.0%)	χ^2=30.5 (0.001)*	8.57 (3.76-19.54)
ใช้ยาอินซูลิน	18 (13.6%)	16 (36.4%)	χ^2=10.5 (0.001)*	3.63 (1.62-8.12)
ประวัติ DKA มาก่อน	9 (6.8%)	16 (36.4%)	χ^2=21.8 (0.001)*	7.68 (3.04-19.41)

*หมายเหตุ *p-value <0.05 มีนัยสำคัญทางสถิติ ∞ หมายถึง infinite odds ratio เนื่องจากไม่มีผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่มีระดับน้ำตาลในระดับนี้*
การวิเคราะห์ใช้ Chi-square test สำหรับข้อมูลเชิงหมวดหมู่ และ Independent t-test สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง
Odds Ratio (OR) วิเคราะห์ด้วย logistic regression ด้วย Haldane-Anscombe correction 95% CI = ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95%

จากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีสในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เกิด DKA มีอายุเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เกิด DKA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (53.8 ± 18.4 ปี เทียบกับ 60.8 ± 11.5 ปี, p=0.005) โดยผู้ป่วยเบาหวานอายุไม่เกิน 40 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิด DKA สูงกว่าผู้ป่วยอายุมากกว่า 2.38 เท่า (95% CI 1.02-5.54) ผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c ≥12% และ FBS ≥400 mg/dL พบเฉพาะในกลุ่มเกิด DKA เท่านั้น (54.5%) แสดงว่าเป็นความเสี่ยงที่สูงมากต่อการเกิด DKA ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ การใช้ยาไม่สม่ำเสมอเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยง DKA ถึง 10.82 เท่า (95% CI 4.98-23.52) ขณะที่การติดเชื้อร่วมเพิ่มความเสี่ยง 8.57 เท่า (95% CI 3.76-19.54) สำหรับปัจจัยด้านการรักษา การใช้ยาอินซูลินเพิ่มความเสี่ยงการเกิด DKA 3.63 เท่า (95% CI 1.62-8.12) และผู้ที่มีประวัติ DKA มาก่อนมีความเสี่ยงเกิดซ้ำ 7.68 เท่า (95% CI 3.04-19.41) ในทางตรงกันข้าม ปัจจัยเช่น เพศชาย อาชีพเกษตรกรรม และดัชนีมวลกาย ≥30 kg/m² ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการเกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีส ลำดับความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงเรียงจากสูงไปต่ำ ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี พฤติกรรมการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ การติดเชื้อร่วม ประวัติการเกิด DKA มาก่อน การใช้อินซูลิน และอายุ 40ปี ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีส (DKA) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ครั้งนี้ ได้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงสำคัญหลายประการที่สอดคล้องกับกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง sebelumnya โดยปัจจัยด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดถือเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่สุด ผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c สูงกว่าร้อยละ 12 มีความเสี่ยงต่อการเกิด DKA สูงมากอย่างไม่มีที่สิ้นสุด เนื่องจากไม่มีผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่มีค่าระดับน้ำตาลสูงขนาดนี้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Faichney และคณะ[11] ที่พบว่าผู้มี HbA1c >12% มีความเสี่ยง DKA เพิ่มขึ้น 11.2 เท่า กลไกทางสรีรวิทยาอธิบายได้ว่าเมื่อร่างกายมีน้ำตาลในเลือดสูงต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะนำไปสู่ภาวะดื้ออินซูลินและการทำงานล้มเหลวของเซลล์เบต้าในตับอ่อน ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้ จึงต้องเผาผลาญไขมันแทนก่อให้เกิดสารคีโตนสะสมในเลือดปัจจัยสำคัญอันดับต่อมาคือ พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ DKA ถึง 10.82 เท่า (95% CI 4.98–23.52) มีงานวิจัยที่สนับสนุนปัจจัยเสี่ยงนี้คือของ Wongthanee และคณะ[9] ในประเทศไทย ที่ศึกษาผู้ป่วย 450 ราย และพบว่าการขาดยาติดต่อกันมากกว่า 3 ครั้งต่อเดือน เพิ่มความเสี่ยงการเกิด DKA 6.8 เท่า สาเหตุหลักมาจากปัญหาความ

เข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาที่ไม่เพียงพอ รวมถึงปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถซื้อยาตามกำหนดได้ นอกจากนี้การติดเชื้อร่วมยังเป็นปัจจัยเร่งที่สำคัญ โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด DKA 8.57 เท่า (95% CI 3.76–19.54) การศึกษาของ Chen และคณะ[13] ในผู้ป่วยเบาหวานที่ติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 1,850 ราย ยืนยันว่าการติดเชื้อเพิ่มความเสี่ยงการเกิด DKA 4.5 เท่า เนื่องจากเชื้อโรคกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารอักเสบต่าง ๆ ที่ไปยับยั้งการทำงานของอินซูลินในระดับเซลล์ receptor เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลนั้น พบว่าผู้ป่วยอายุน้อย (ต่ำกว่า 40 ปี) มีความเสี่ยงต่อการเกิด DKA สูงกว่าผู้สูงอายุ 2.38 เท่า (95% CI 1.02–5.54) ตามการศึกษาของ Alshammari และคณะ[14] ในซาอุดีอาระเบียที่อธิบายว่ากลุ่มอายุน้อยมักขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค และมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าสำหรับปัจจัยประวัติการเกิด DKA มาก่อน พบว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 7.68 เท่า (95% CI 3.04–19.41) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rewers และคณะ[15] ที่รายงานว่าผู้มีประวัติ DKA มาก่อนมีความเสี่ยงเกิดซ้ำสูง จากผลการศึกษาทั้งหมด ชี้ให้เห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง ผู้ใช้ยาไม่สม่ำเสมอ และผู้ที่มีการติดเชื้อร่วม ควรมีการออกแบบโปรแกรมเฉพาะบุคคลที่เน้นการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง การลดอุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงยาที่มีประสิทธิผล และระบบเตือนภัยเมื่อพบสัญญาณความเสี่ยงต่อการเกิด DKA งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นความสำคัญของปัจจัยเสี่ยง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอัตราการเกิด DKA ได้อย่างยั่งยืน

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีส (DKA) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากการศึกษา คือ

1. ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก (HbA1c >12% หรือ FBS >400 mg/dL) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด

2. พฤติกรรมการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ เพิ่มความเสี่ยงการเกิด DKA มากกว่า 10 เท่า

3. การติดเชื้อเฉียบพลัน เป็นปัจจัยเร่งสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยง

4. ผู้ป่วยอายุน้อย (<40 ปี) มีแนวโน้มมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ป่วยอายุมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน เนื่องจากไม่มีข้อมูลจากการบันทึกในเวชระเบียน

ข้อเสนอแนะ

1.ควรทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

2. ควรเก็บข้อมูลจากหลายโรงพยาบาลเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย

3. ควรเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพจิต

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. พัฒนาระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโดยจัดทำโปรแกรมคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูง

2. ออกแบบระบบเตือนภัยล่วงหน้าเพื่อแจ้งเตือนแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงครบเกณฑ์

3. ปรับปรุงกระบวนการรักษาและจัดทำแนวปฏิบัติในคลินิกให้สอดคล้องกับปัญหา

4. พัฒนาชุดความรู้สำหรับผู้ป่วยโดยเน้นเรื่องการรับรู้สัญญาณเตือน DKA เบื้องต้น

5. พัฒนาระบบการแจ้งเตือนผู้ป่วยที่เคยพบภาวะDKA มาแล้ว

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมสารคาม นางอุไร ศิลปกิจโกศล ที่ได้ให้การสนับสนุน และความกรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ และทีมงานเวชระเบียนโรงพยาบาล ทุกท่านที่ได้ช่วยเหลือ

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization.(2021). Global report on diabetes. Geneva: World Health Organization; 2021.

2.กระทรวงสาธารณสุข.(2566). สถิติการเจ็บป่วยและการตายของประชากรไทย ปี 2565. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2566.

3.กรมควบคุมโรค.(2565). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.

4.Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN.(2009). Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. Diabetes Care. 2009;32(7):1335-43.

5.Wolfsdorf JI, Glaser N, Agus M, Fritsch M, Hanas R, Rewers A, et al.(2018). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines: Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. Pediatr Diabetes. 2018;19(Suppl 27):155-77.

6.Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J.(2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. J Diabetes Metab Disord. 2013;12:14.

7.Dhatariya K, Savage M, Kelly T, Hilton L, Dyer P, Kilvert A, et al.(2019). Joint British Diabetes Societies guideline for the management of diabetic ketoacidosis. Diabet Med. 2019;36(7):923-38.

8.Walker RJ, Smalls BL, Campbell JA, Strom Williams JL, Egede LE.(2014). Impact of social determinants of health on outcomes for type 2 diabetes: a systematic review. Endocrine. 2014;47(1):29-48.

9.Wongthanee A, Srisawasdi N, Prasertsukdee S.(2020). Risk factors for diabetic ketoacidosis in type 2 diabetes patients in Thailand: a multicenter study. J Med Assoc Thai. 2020;103(4):245-53.

10.โรงพยาบาลพนมสารคาม.(2567). รายงานสถิติผู้ป่วยเบาหวานและภาวะเบาหวานคีโตนแอซิโดซีส 2565–2567. ฉะเชิงเทรา: โรงพยาบาลพนมสารคาม; 2567.

11.Faichney R, Smith J, Brown K, et al.(2022). Glycemic control and risk of diabetic ketoacidosis: a retrospective cohort study. Diabetes Res Clin Pract. 2022;182:109034.

12.Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, et al.(2001). Management of hyperglycemic crises in patients with diabetes. Diabetes Care. 2001;24(1):131-53.

13.Chen L, Zhang H, Li Y, et al.(2022). COVID-19 infection and diabetic ketoacidosis risk in patients with diabetes. Diabetes Care. 2022;45(5):1125-32.

14.Alshammari EM, Alotaibi F, Alshammari TM, et al.(2023). Age-related risk factors for diabetic ketoacidosis in type 2 diabetes patients. Diabetes Metab Syndr. 2023;17(3):102735.

15.Rewers A, Klingensmith G, Davis M, et al.(2015). History of diabetic ketoacidosis as a predictor of recurrence: multicenter study. Pediatr Diabetes. 2015;16(5):345-52.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026

Part V

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026
Part 5

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดลพบุรี .. 1130
กมลวรรณ ชาติทองคำ ,สุเทพ พลอยพลายแก้ว ,ธีรยุทธ ปานพรหม

ระบาดวิทยาของการติดเชื้อ Streptococci ชนิดรุกล้ำ ในช่วงก่อนและระหว่างการระบาด ของโรคโควิด-19 ในจังหวัดนครพนม กรณีติดเชื้อ S.agalactiae และ S.pneumoniae 1148
พิรัช ธงวิชัย ,บารเมษฐ์ ภิราล้ำ ,อนุศักดิ์ เกิดสิน

ผลการกลั่นกรองและกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบโดยชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพ กรณีศึกษาโครงการโรงแยกก๊าซและท่อส่งก๊าซธรรมชาติไทย – มาเลเซีย อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา 1159
ไบตุลมาลย์ อาแด ,เพ็ญ สุขมาก ,พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ ,ซูวารี มอซู ,อิสรา มิตรช่วยรอด

การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ 1170
เตือนใจ แสร์สินธุ์ ,อารี บุตรสอน ,นพดล พิมพ์จันทร์

ผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม 1183
ปาริฉัตร จันทร์ดำ ,สุภาภรณ์ บุญยานาม

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวกดทับเส้นประสาทและยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 1195
นันทพร ภาวะบุตร

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองชนิด Meningioma โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 1206
วรรณวิมล ทุมมี

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 1218
ปาณิสรา โกษารักษ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง 1230
ศิรินทร์ทิพย์ ทองศักดิ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ 1240
พัชราภรณ์ จันทร์ลุน

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ 1247
อนิรุธ จันทพาส ,รจนา ศรีเล็ก ,กฤษฎา เหล็กเพชร ,ดวงใจ พุทธเษม

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านหมี่ 1257
รังสิมา ศรีสุพรรณ ,มณีกานต์ บัวนวล

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูงวิกฤตร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา..... 1267
นฤมล สินบริสุทธิ์

ผลของการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย 1282
จันทนา เชื้อผู้ดี

ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการในผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านและโรงพยาบาล โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ 1297
ฝนทิพย์ แววนำ

การพัฒนาโมเดลการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตแบบครบวงจร โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด 1305
อรวรรณ โอฆะพนม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน : กรณีศึกษา 2 ราย 1315
ฉวีวรรณ มงคลชู

ประสิทธิผลการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง 1327
เชิดพงศ์ เชิญกลาง

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026
Part 5

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การศึกษาผลของการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าโรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 1334
ปพิชญา บุญรังศรี

ประสิทธิผลของการให้ทันตสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคฟันผุผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง 1342
นภาศิรินทร์ แท่นเกิด ,วชิรา วงศ์แหวน ,สุขุมาภรณ์ ศรีวิศิษฐ ,ขวัญจิรา บุญเดช ,ณัฐวรรณ ปานดำ ,พชรพร สุนทรเต็ม

การพัฒนาระบบบริหารจัดการยาแบบบูรณาการเพื่อคงคุณภาพยาและลดยาเหลือใช้ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลขอนแก่น 1350
พิรานันท์ มุสิกวัน ,ถาวร สีดาเหลือง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดโดยใช้รูปแบบนาคาล้อมรักษ์ ร่วมกับชุมชนภาคีเครือข่ายอำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ 1360
พัชราภรณ์ จันทร์ลุน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรมเขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา 1367
ณัฏฐิกา แซ่แต้ ,สุภิรัชต์ นิธิสุทธ์ ,ศิวพร ไชยหมาน

การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี 1378
ธงชัย ทองบู่ ,เขมวิทย์ วงษ์เจริญสุข ,กิตติยา วิเวก

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 1391
อรรคเดช อัครเศรษฐัง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดน่าน 1405
ประดับ เพ็ชรจรูญ

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเจเนอเรทีฟเอไอต่อองค์ประกอบของร่างกายและพฤติกรรม สุขภาพในบุคลากรมหาวิทยาลัย 1415
วิชุดา ศรีวงษ์กลาง ,ศิรดา บุญสิทธิ์ .ชวลิต โควีระวงศ์

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว 1425
มนัสนันท์ แสนกล้า

การดำรงชีวิตกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยในชุมชน: การสังเคราะห์เชิงอภิมานของงานวิจัย เชิงคุณภาพ 1434
ดลรวี สิมคำ

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย 1442
พิมลรัตน์ ชื่นบาน ,ยุทธนา แยบคาย

การศึกษาประสิทธิผลของโรงเรียนเบาหวานวิทยาต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คปสอ.ประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 1457
ภัคจิรา ศรีงาน

ปัจจัยทำนายการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลพนมสารคาม 1466
ธัชพันธ์ เรืองโรจน์ ,ณัฐธิดา จิตพิทยานุ ,ดวงมณี วิยะทัศน์

ผลของการใช้นวัตกรรม DelCare Package ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ : ศึกษากรณี 1475
เย็นจิตต์ พิพัฒน์พงษ์ ,พิเชษฐ เรืองสุขสุด ,นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกำกับอารมณ์ต่อความสามารถด้านอารมณ์และสังคม ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4–6 จากครอบครัวหย่าร้าง ในโรงเรียนประถมศึกษาของรัฐ จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย 1488
ธนะรัชต์ งอบโพธิ์ ,พรพิมล พรมนัส ,ขจรอรรถพณ พงศ์วิริทธิ์ธร

ปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จในการใช้คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ เพื่อลดความรุนแรงในโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป 1498
วีร์ เมฆวิลัย ,พาสนา คุณาธิวัฒน์ ,บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกำไรต่อหุ้นของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ แห่งประเทศไทย : กรณีศึกษากลุ่มอุตสาหกรรมธุรกิจการเงินและอุตสาหกรรมบริการด้านการพาณิชย์ และการแพทย์ .. 1510
จิรพงษ์ จันทร์งาม

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569
VOL.11 NO.1 January - March 2026
Part 5

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร ศึกษากรณี แนวทางการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ 1517
สุรศักดิ์ หงษ์เวียงจันทร์ ,ศิรภัสสร มูลสาร[1]

แนวทางการสร้างแรงจูงใจในการทำวิจัยสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร 1526
ศราวุธ ทองเฟื่อง

การศึกษาและพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ กระทรวงสาธารณสุข ... 1531
อัจฉรา เชียงทอง ,จีรนันท์ บรรทัด ,สุกัญญา ฉายาชวลิต

การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย จังหวัดมุกดาหาร ปี 2568 1547
ธัญพิชชญา ติณณ์ธนหิรัญ ,ศิรภัสสร มูลสาร

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 41 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ มกราคม – มีนาคม 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน การบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยกระบวนการจัดการความรู้ผ่านค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างเสริมศักยภาพเด็กปฐมวัยอายุ 3–5 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการ พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ระดับความเข้าใจและการปฏิบัติด้านพยานทางนิติวิทยาศาสตร์ การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลหญิงที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การวางแผนอาหารแบบยืดหยุ่น (Flexible Meal Planning) การเปลี่ยนแปลงของการโค้ชตาม GROW Model ต่อการทำงานเป็นทีม ความผิดปกติของรูปร่างเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ Dysmorphic ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพนักงานให้บริการจัดเก็บขยะมูลฝอย ภาวะปากแห้งของผู้สูงอายุ การให้คำปรึกษาทางเลือกหญิงท้องไม่พร้อม การเฝ้าระวังและดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา กฎหมายกัญชาและกัญชงในประเทศไทย ระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลกับความเครียดของพนักงานจัดเก็บขยะมูลฝอย ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ การพัฒนาเครือข่ายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกและเด็กป่วย สื่อดิจิทัลการโค้ชแบบโกรว์โมเดลต่อความรู้และทักษะในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลตรวจหามะเร็งในต่อมทอนซิลของผู้ป่วยที่ตัดต่อมทอนซิลจากข้อบ่งชี้ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก แอปพลิเคชัน LINE ในการส่งเสริมความร่วมมือของหญิงตั้งครรภ์เพื่อรักษาภาวะโลหิตจาง แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดชนิด Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) การดูแลผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิด NCDs ของนักศึกษาพยาบาล การค้นหาอาการที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้เครื่องมือส่งสัญญาณ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกระดูกหน้าแข้งหักจากมะเร็งปอดแพร่กระจาย ดัชนีไกลเคชั่นของฮีโมโกลบิน(Hemoglobin Glycation Index) การวินิจฉัยอัตราส่วนของนิวโทรฟิลต่อลิมโฟซัยท์ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในการเจ็บป่วยระยะกลาง การพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนน โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา พฤติกรรมผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การควบคุมโซเดียมด้วยเครื่องวัดความเค็ม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย การหาปริมาณ rosmarinic acid ในสารสกัดแห้งของใบหญ้าหนวดแมว การบริบาลทางเภสัชกรรมต่อผลลัพธ์ทางคลินิก การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

การพัฒนารูปแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดลพบุรี

Development of health literacy organizational model to prevent diabetes in risk groups primary health care units Lopburi Province.

(Received: March 27,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 31,2026)

กมลวรรณ ชาติทองคำ[1] สุเทพ พลอยพลายแก้ว[2] ธีรยุทธ ปานพรหม[3]
Kamonwun Chatthongkham[1] Suthep Ploiplaikaew[2] Teerayudh Panprom[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง 2) พัฒนารูปแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดลพบุรี แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์ การพัฒนารูปแบบ และการนำรูปแบบไปใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ระดับน้ำตาลในเลือด 100–125 mg/dL จำนวน 260 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย รูปแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามการปฏิบัติของบุคลากร แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการศึกษาสถานการณ์พบว่า อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-DM) จังหวัดลพบุรี ปีงบประมาณ 2565–2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนข้อจำกัดด้านนโยบาย ภาวะผู้นำ ระบบสนับสนุน และการดำเนินงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization: HLO) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงได้พัฒนารูปแบบ LEADER–HLO Pre-DM Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) L – Leadership & Policy Support 2) E – Establishing Health Literacy Culture 3) A – Advancing Health Literacy Role Modeling 4) D – Developing Supportive Systems & Environment 5) R – Risk-Group Focused Diabetes Prevention ผลการประเมินประสิทธิผลพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ บุคลากรมีคะแนนการปฏิบัติการนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยรวมเพิ่มจาก 108.14±0.78 เป็น 198.27±0.83 คะแนน กลุ่มเสี่ยงมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยรวมเพิ่มจาก 68.43±0.29 เป็น 114.27±0.24 คะแนน ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ลดลงจาก 118.27 เป็น 107 mg/dL ระดับ HbA1c ลดลงจาก 6.12% เป็น 5.98% และดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงจาก 24.94 เป็น 23.78 kg/m² ($p < 0.001$) บุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากทุกด้าน

คำสำคัญ: องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ, การป้องกันโรคเบาหวาน, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน, หน่วยบริการปฐมภูมิ, รูปแบบ LEADER–HLO Pre-DM Model

Abstract

This action research aimed to: 1) examine the operational situation of health literate organizations in preventing diabetes among at-risk populations; 2) develop a health literate organization model; and 3) evaluate the effectiveness of the model in primary care units in Lopburi Province. The study employed design comprising three phases: situational analysis, model development, and implementation with evaluation. The sample consisted of 260 individuals aged 35 years and older at risk of diabetes, with fasting

[1] พย.บ., วท.ม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
[2] ส.บ., ศศ.ม., ปร.ด. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
[3] B.P.H., M.Sc. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

plasma glucose levels of 100–125 mg/dL. Research instruments included the Health Literate Organization model, a health literacy promotion practice questionnaire for personnel, a health literacy assessment for the at-risk group, a satisfaction questionnaire, and a clinical outcomes record form. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The situational analysis revealed that the incidence of new diabetes cases among individuals with prediabetes (Pre-DM) in Lopburi Province during fiscal years 2022–2024 showed a continuous upward trend. This reflected limitations in policy, leadership, support systems, and the implementation of Health Literate Organizations (HLO) within primary care settings. Consequently, the LEADER–HLO Pre-DM Model was developed, consisting of five components: 1) L – Leadership & Policy Support 2) E – Establishing Health Literacy Culture 3) A – Advancing Health Literacy Role Modeling 4) D – Developing Supportive Systems & Environment 5) R – Risk-Group Focused Diabetes Prevention. The effectiveness evaluation demonstrated that, after implementation, healthcare personnel showed a statistically significant increase in health literacy promotion practice scores ($p < 0.001$), with the mean score rising from 108.14±0.78 to 198.27±0.83. The at-risk group also showed a statistically significant improvement in health literacy scores ($p < 0.001$), with the mean score increasing from 68.43±0.29 to 114.27±0.24. Clinical outcomes improved significantly, including a reduction in fasting plasma glucose (FPG) from 118.27 to 107 mg/dL, HbA1c from 6.12% to 5.98%, and body mass index (BMI) from 24.94 to 23.78 kg/m² ($p < 0.001$). Personnel satisfaction with the model was rated at a high level across all aspects.

Keywords: Health Literate Organization, Diabetes Prevention, At-Risk Population, Primary Care Unit, LEADER–HLO DM Model

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกาย ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ และหากไม่ได้รับการควบคุมอย่างเหมาะสมจะนำไปสู่ความเสียหายร้ายแรงต่ออวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และเส้นประสาทในระยะยาว โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นชนิดที่พบมากที่สุด มักพบในผู้ใหญ่ โดยเกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลินหรือการที่ร่างกายผลิตอินซูลินได้ไม่เพียงพอ ปัจจุบันพบว่ากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เช่น ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกาย ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน รวมถึงผู้ที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ซึ่งกลุ่มประชากรเหล่านี้มีโอกาสพัฒนาไปสู่โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ในอนาคต สถานการณ์ของโรคเบาหวานจากการรายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ ในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีประชากรทั่วโลกจำนวน 537 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.5 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และคาดว่าจำนวนจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 และ 783 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2588[1] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงในประชากรทั่วโลก

สำหรับประเทศไทย โรคเบาหวานยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลรายงานมาตรฐาน การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565–2567 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานระดับประเทศร้อยละ 7.57, 8.06 และ 8.47 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงจำนวนผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคแทรกซ้อนทางตาซึ่งทำให้สูญเสียการมองเห็น โรคแทรกซ้อนทางไตทำให้เกิดภาวะไตเสื่อม โรคแทรกซ้อนทางเท้าจากความผิดปกติของระบบเส้นประสาท รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือด โรคอัมพฤกษ์ และอัมพาต จากการ

เพิ่มขึ้นของอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของประชากรสอดคล้องกับอัตราที่เพิ่มขึ้นของโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเช่นกัน โดยจากสถิติปี 2565–2567 พบว่าอัตราป่วยรายใหม่ของโรคหลอดเลือดและหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี คิดเป็นร้อยละ 45.18, 46.68 และ 57.2 ตามลำดับ[2] ปัญหาสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม คือ การขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน รวมถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม[3] ดังนั้น การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานจึงควรให้ความสำคัญตั้งแต่ในกลุ่มเสี่ยง

องค์การอนามัยโลกได้นำเสนอแนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy: HL) ว่าเป็นทักษะการเรียนรู้และทักษะทางสังคมที่บุคคลจะสามารถเข้าถึงและเข้าใจ ข้อมูลหรือความรู้ทางสุขภาพเพื่อช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีและเพิ่มความสามารถให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ[4] และปัจจุบันมีการยอมรับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพกันอย่างแพร่หลายว่ามีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพในหลายประการ ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พอเพียงร้อยละ 53[5] (R. V. Rikard, 2016) ส่วนในแคนาดาประชากรประมาณร้อยละ 60 และร้อยละ 88 ในผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ไม่มากนัก[6] สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจความรอบรู้สุขภาพประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยภาพรวมร้อยละ 68.4 ถือว่ามีความรอบรู้เพียงพอ แต่มีถึงร้อยละ 31.6 ที่มีความรอบรู้ไม่เพียงพอ โดยกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีความรอบรู้สูงสุด ส่วนกลุ่ม 60 ปีขึ้นไปมีระดับต่ำสุด[7] ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับศักยภาพของบุคคล บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเองได้อย่างเข้มแข็ง ไม่ถูกหลอกหรือมีพฤติกรรมที่ผิดที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นลักษณะของบุคคล และต้องใช้ทักษะทางสังคมเพื่อสร้างความเข้าใจ ใช้ข้อมูลและการใช้บริการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ปัจจุบันปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของประชาชนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นขณะที่หน่วยงานต่าง ๆ พยายามให้ข้อมูลและพัฒนามาตรการต่าง ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่จะทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล นำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจเลือกใช้บริการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในการดูแลตนเอง ป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยเป็นโรคเบาหวานได้ ดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ให้ทันต่อสถานการณ์และสอดคล้องกับบริบทของปัญหาในการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

จากนโยบายการปฏิรูปงานด้านสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเน้นให้ประชาชนทุกภาคส่วนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ[8] มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมีโอกาสที่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นเพื่อมุ่งสู่ การเป็นประเทศที่มีระบบสาธารณสุข การศึกษาสวัสดิการสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและปรับใช้ข้อมูลและบริการต่างๆ ในสังคมในการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ เป็นประเด็นเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการให้เป็นฐานรากที่สำคัญของระบบสุขภาพ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2562)

โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ถ่ายทอดนโยบายการส่งเสริมให้ประชาชนพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคล เพื่อการรักษาสุขภาพของตนอย่างยั่งยืน ด้วยกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ วีเชฟ (V-shape) มี 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ[9] มากกว่าการสอนให้รู้ (กรมอนามัย, 2561) อย่างไรก็ตาม การขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) หรือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) ที่ไม่เพียงพออาจส่งผลกระทบร้ายแรงต่อสุขภาพของบุคคลและสังคม งานวิจัยจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าระดับ HL ที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราเกินขนาด[10] นอกจากนี้ผู้ที่มี HL ต่ำยังมีแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพเชิงป้องกันน้อยลง เข้าใจคำแนะนำของแพทย์และปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ไม่ดีนัก และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่แย่ลง เช่น การควบคุมโรคเรื้อรังที่ไม่มีประสิทธิภาพ และมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น[11,12] (Bostock S.et al, 2012; Sorensen K.et al, 2015)

องค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Organizational health literacy: OHL) เป็นแนวคิดที่ต่อยอดแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมุ่งให้ความสำคัญกับการบริการ (services) ระบบ (systems) การจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ (organizations) และทรัพยากร (resource) เพื่อการสนับสนุนให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ[13] เป็นความสามารถในการสนับสนุนความสำเร็จเกี่ยวกับการทำงานด้านสุขภาพและการเข้าถึงคุณภาพการดูแลประชาชนเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของบุคคล ครอบครัวและชุมชน[14] การนำแนวคิดองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติยังพบการดำเนินงานไม่มากนัก ด้วยการศึกษาที่ผ่านมาเน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นหลักการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคลากรทางสาธารณสุขปรากฏน้อยมาก[15]โรงพยาบาลขาดผู้นำที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและขาดสิ่งสนับสนุนจากองค์กรในการนำความรอบรู้ด้านสุขภาพไปปฏิบัติ[16] การเป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิด ที่อยู่ภายใต้ระบบการมีส่วนร่วม ตั้งแต่กลไก กระบวนการ ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ การให้คนทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วมในการพัฒนาเป็นสิ่งสำคัญ การสื่อสารระหว่างองค์กร บุคลากรจนผู้รับบริการ (ชณิตา ประดิษฐ์สถาพร และ ศรีสุภา ใจโสภา, 2566)

จังหวัดลพบุรี โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases) ที่เป็นปัญหาและภาระโรคที่สำคัญของจังหวัดลพบุรี สถานการณ์การดำเนินงานโรคติดต่อไม่เรื้อรัง (NCDs) จังหวัดลพบุรี จากฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี[17] ปี 2565 – 2567 กลุ่มเป้าหมาย อายุ 35 ปีขึ้นไป ในปี 2565 เป้าหมาย จำนวน 254,660 คน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน จำนวน 218,119 คน ร้อยละ 85.65, ปี 2566 เป้าหมาย จำนวน 251,871 คน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน จำนวน 223,371 คน ร้อยละ 88.68 และ ปี 2567 เป้าหมาย จำนวน 246,959 คน ได้รับการคัดกรองเบาหวาน จำนวน 206,882 ร้อยละ 83.77 ผลการคัดกรอง พบกลุ่มปกติ จำนวน 165,311 คน ร้อยละ 75.79, จำนวน 183,054 คน ร้อยละ 81.95 และ จำนวน 165,915 คน ร้อยละ 80.20 พบกลุ่มเสี่ยง จำนวน 49,048 ร้อยละ 22.49, จำนวน 37,107 คน ร้อยละ 16.61 และ จำนวน 37,438 คน ร้อยละ 18.10 ตามลำดับ พบกลุ่มสงสัยป่วย จำนวน 1,879 คน ร้อยละ 0.86, จำนวน 1422 คน ร้อยละ 0.64 และ จำนวน 1,867 คน ร้อยละ 0.9 ตามลำดับ โดยกลุ่มสงสัยป่วยมาตรวจยืนยันเพื่อการวินิจฉัยโรคเบาหวานภายใน 1 – 180 วัน จำนวน 1,235 คน พบเป็นผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่

จำนวน 347 คน ร้อยละ 28.10 , จำนวน 1,224 คน พบเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 469 คน ร้อยละ 38.32 และ จำนวน 1,433 คน พบเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 456 คน ร้อยละ 31.82 นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มาตรวจซ้ำภายใน 3 - 6 เดือน ปี 2565 – 2567 เป้าหมาย จำนวน 21,798 คน มาตรวจซ้ำ จำนวน 19,976 คน ร้อยละ 91.64 พบเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 675 คน ร้อยละ 3.38, เป้าหมาย 16,613 คน มาตรวจซ้ำ จำนวน 15,564 คน ร้อยละ 93.69 พบเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 577 คน ร้อยละ 3.71 และเป้าหมาย 15,679 คน มาตรวจซ้ำ จำนวน 14,155 คน ร้อยละ 90.28 พบเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 572 คน ร้อยละ 4.04[18]

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการดำเนินงานการป้องกันปัญหาโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง ตั้งแต่การคัดกรองที่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 90) และยังไม่สามารถป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงได้แล้วยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การติดตามกลุ่มสงสัยป่วยให้มาตรวจยืนยันเพื่อการวินิจฉัยยังไม่สามารถติดตามมาได้ครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 72) กลุ่มที่สามารถติดตามมาตรวจยืนยันได้ ยังพบว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี จึงทำให้สถานการณ์โรคเบาหวานจังหวัดลพบุรี โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องมีการแก้ไขปัญหาให้ตรงจุดและตรงกับบริบทของประชาชนกลุ่มเสี่ยงจังหวัดลพบุรี จากผลการสำรวจพฤติกรรมของประชาชนจังหวัดลพบุรี[17]พบว่าประชาชน ยังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมทั้งด้านการรับประทานอาหาร ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HA1C >7%) ร้อยละ 27.94, ขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 11.25, การจัดการความเครียดไม่เหมาะสมร้อยละ 19.78, รับประทานยาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 9.24 และจากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในประชาชนอายุ 15-59 ปี กลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า ยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) ไม่เพียงพอร้อยละ 38.17[18] จากการนิเทศและประเมินองค์ประกอบองค์กรความรอบรู้ด้านสุขภาพ[17] พบว่า ยังมีความไม่ชัดเจนในด้านนโยบาย แผนปฏิบัติการขององค์กรในการสนับสนุนให้บุคลากรขององค์กรสร้างความรอบรู้ให้กับผู้รับบริการ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพถ่ายทอดการปฏิบัติลงไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและนำสู่การปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิ ขาดผู้นำที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และขาดสิ่งสนับสนุนจากองค์กรในการนำความรอบรู้ด้านสุขภาพไปปฏิบัติ

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ได้นำแนวคิดองค์กรรอบรู้ ด้านสุขภาพ (HLO) มาเป็นกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาและป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนชาวจังหวัดลพบุรี ตั้งแต่ปี 2566 แต่ยังไม่สามารถขับเคลื่อนไปถึงเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการดำเนินงาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยบริการด่านแรกที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด จำเป็นต้องมีการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งปัจจัยเชิงระบบนโยบายและสภาพแวดล้อม ที่ผู้นำจัดสรร ควบคู่ไปกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ หากบุคลากรทางการแพทย์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะนำพาผู้รับบริการเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและสามารถนำไปใช้สื่อสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องทั้งแก่การจัดการตนเอง แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ การขับเคลื่อน ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับองค์กรมีโอกาสเกิดความยั่งยืนมากกว่าการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคลเพียงอย่างเดียว ดังนั้น การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงมีความสำคัญเนื่องจากเป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) ที่มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเป็นองค์รวม ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล

และ การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของจังหวัดลพบุรี การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิไปสู่การเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างชัดเจนและเป็นระบบจะส่งผลต่อกระบวนการและคุณภาพการให้บริการ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดอัตราป่วย และการลดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตของโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่มีจำนวนมากถึง 47,596 บาทต่อคนต่อปี ผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่ในการควบคุม กำกับ และขับเคลื่อนให้หน่วยบริการเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ เล็งเห็นความสำคัญในเรื่องดังกล่าว จึงสนใจในการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อลดอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดลพบุรีเพื่อขับเคลื่อนให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นองค์กรรอบรู้ที่สามารถส่งเสริมประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดลพบุรี
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดลพบุรี

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีกระบวนการวิจัยสำคัญ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ดำเนินการเดือนกรกฎาคม 2568 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาจากตัวชี้วัดจากการดำเนินงานที่ผ่านมาในปี 2565-2567 2) การสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้บริหารในการดำเนินงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ จังหวัดลพบุรี จำนวน 6 คน ผู้ปฏิบัติและรับผิดชอบงานความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 10 คน ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 60 นาที เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ 10 องค์ประกอบ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดลพบุรี ดำเนินการระหว่าง เดือน สิงหาคม - กันยายน 2568 โดยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ทีมพัฒนารูปแบบ เป็นผู้รับผิดชอบงานระบบบริการปฐมภูมิ และรับผิดชอบงานความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับอำเภอและจังหวัด ไม่น้อยกว่า 2 ปี จำนวน 14 คน ร่างรูปแบบ และนำรูปแบบไป ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC= 0.87 และตรวจสอบความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบ โดยผู้ปฏิบัติและรับผิดชอบงานความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นตัวแทนกระจายครอบคลุมทุกอำเภอ อำเภอละ 2 คน จำนวน 22 คน หลังจากนั้นปรับปรุงรูปแบบจนได้รูปแบบ คือ LEADER–HLO Pre-DM Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Leadership & Policy Support: การสนับสนุนและกำหนดนโยบายจากผู้นำ 2) Establishing Health Literacy Culture: สร้างวัฒนธรรมองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) Advancing Health Literacy Role Modeling (HL Coach): การส่งเสริมบุคลากรในด้านการเป็นต้นแบบนัก

ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4) Developing Supportive Systems & Environment: ระบบสนับสนุน และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย และ 5) Risk-Group Focused Diabetes Prevention: การส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง และนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 นำรูปแบบไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล ดำเนินการเดือน ตุลาคม 2568 – กุมภาพันธ์ 2569 ระยะเวลา 5 เดือน กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) บุคลากรด้านการแพทย์ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ใช้รูปแบบ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ทันตาภิบาล จำนวน 48 คน 2) กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 11 แห่ง โดยมีอายุ 35 ปีขึ้นไป ระดับน้ำตาลในเลือด 100-125 mg/dl คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan,1970) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 375 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากหยิบแล้วไม่ใส่คืน ประเมินประสิทธิผล ได้แก่ 1) การปฏิบัติการนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมืออาชีพเพื่อเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ทันตาภิบาล 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (V-Shape) 3) ความพึงพอใจรูปแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงของผู้ปฏิบัติงาน 4) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย

เครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือเป็น 2 ประเภท ประกอบด้วย 1) รูปแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดลพบุรี พัฒนาโดยทีมพัฒนารูปแบบและตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC= 0.87 และตรวจสอบความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบโดยผู้ปฏิบัติและรับผิดชอบงานความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ต่อการนำไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด ก่อนนำไปศึกษาผลลัพธ์ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 – กุมภาพันธ์ 2569 ระยะเวลา 5 เดือน 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2.1) แบบสอบถามบุคลากรด้านการแพทย์ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งวิชาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการอบรมเกี่ยวกับองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ และสถานภาพ การจ้างงาน ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมืออาชีพเพื่อเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 48 ข้อ การตอบเป็นมาตรวัด rating scale 5 ระดับ (Likert, 1974) คือ 1 = น้อยที่สุด 2= เล็กน้อย 3= ปานกลาง 4= มาก 5= มากที่สุด การแปลผลรวม 240 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ ระดับต่ำ (1-80.67 คะแนน) ระดับปานกลาง (80.68-160.34 คะแนน) ระดับสูง (160.35-240.0 คะแนน) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.87 ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.84 2.2) แบบสอบถามกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 45 ข้อ การตอบเป็นระดับความรอบรู้ 5 ระดับ (Likert, 1974) คือ 1= น้อยที่สุด 2= น้อย 3= ปานกลาง 4= มาก 5= มากที่สุด การแปลผลรวม 225 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1-75.67 คะแนน) ระดับปานกลาง (75.68-150.34 คะแนน) ระดับสูง (150.35-225.0 คะแนน) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.81 ความเชื่อมั่นด้วย

สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.87 2.3) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 2.4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงของบุคลากรด้านการแพทย์ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 ข้อ การตอบเป็น 5 ระดับ คือ 1= น้อยที่สุด 2= น้อย 3= ปานกลาง 4= มาก 5= มากที่สุด การแปลผลรวม 30 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1-10.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (10.67-20.32 คะแนน) ระดับสูง (20.33-30.00 คะแนน) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ข้อมูลสถานการณ์การพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเก็บบันทึกจากข้อมูล ตัวชี้วัด และบันทึกการสนทนากลุ่มจากแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ด้วยเสียงและข้อความที่บันทึกไว้

2) ข้อมูลระยะพัฒนารูปแบบเก็บข้อมูลความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบจากการสนทนากลุ่มของ ผู้ปฏิบัติและรับผิดชอบงานความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3) ข้อมูลการปฏิบัติการนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมืออาชีพเพื่อเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยแบบสอบถามของบุคลากรด้านการแพทย์ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เก็บข้อมูลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

4) ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ด้วยแบบสอบถามของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เก็บข้อมูลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

5) ผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

ด้วยแบบประเมินผลลัพธ์ในระยะเวลา 4 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ ทดสอบที (paired- sample t- test) เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลัง ใช้รูปแบบ (one-group pretest-posttest design) 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช รหัสโครงการ KNH 84/2568 เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาสถานการณ์โรคเบาหวาน

1. ผลการศึกษาสถานการณ์โรคเบาหวาน จังหวัดลพบุรี จากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดลพบุรี กลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-DM) ในช่วงปีงบประมาณ 2565–2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคิดเป็น ร้อยละ 3.38, 3.71 และ 4.04 ตามลำดับ ทั้งนี้ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 เป็นต้นมา อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2. ผลการดำเนินงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงตาม 10องค์ประกอบ พบว่า

2.1 ผู้นำและการนำองค์กร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรีมีการถ่ายทอดนโยบายด้านสุขภาพสู่หน่วยงานในสังกัด อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) ที่สามารถถ่ายทอด

สู่การปฏิบัติในระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้อย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งผู้นำที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนและสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการดำเนินงานด้าน HL ยังไม่ชัดเจน จึงมีข้อเสนอว่า ผู้บริหารระดับสูงควรทำความเข้าใจแนวคิด HL และองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization: HLO) อย่างถ่องแท้ เพื่อแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ พร้อมทั้งสื่อสารภายในองค์กรเพื่อสร้างความพร้อมแก่บุคลากร

2.2 การวางแผนและประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ แม้มีการระบุประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ในแผนยุทธศาสตร์ และมีการประเมินองค์กรรอบรู้สุขภาพตั้งแต่ปี 2566 เป็นต้นมา แต่ยังขาดความชัดเจนในระดับวิสัยทัศน์ โครงสร้าง และแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน จึงควรกำหนด HL เป็นเจตนารมณ์เชิงนโยบายอย่างเป็นทางการ เพื่อใช้เป็นกรอบขับเคลื่อนการพัฒนา HLO อย่างต่อเนื่อง

2.3 การพัฒนาบุคลากร มีการพัฒนาทักษะบุคลากรโดยใช้บทเรียน “15 เส้นทางสู่ HL Coach” และมีระบบกำกับติดตามการทำงาน อย่างไรก็ตาม บุคลากรที่สามารถนำแนวคิด HL ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพยังมีจำนวนจำกัด จึงควรเพิ่มการพัฒนาศักยภาพเชิงปฏิบัติและสร้างนักส่งเสริมสุขภาพต้นแบบ

2.4 การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในการออกแบบบริการและประเมินผลยังอยู่ในระดับจำกัด ส่วนใหญ่เป็นบทบาทของผู้บริหารและผู้นำองค์กร จึงควรส่งเสริมการประเมินตนเองของหน่วยงานเทียบเคียงคุณลักษณะ HLO และเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับกระบวนการให้บริการ การสื่อสาร และสื่อสุขภาพ รวมถึงเสนอแนวทางพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

2.5 การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ หน่วยงานส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการค่อนข้างน้อย ส่งผลให้การออกแบบกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย จึงควรประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ปัญหาการเข้าถึงข้อมูลและบริการก่อนออกแบบกิจกรรม

2.6 การสื่อสารที่มีประสิทธิผล มีการใช้กลยุทธ์การสื่อสารระหว่างบุคคลและมีการประเมินผลลัพธ์การสื่อสารในบางกิจกรรม อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพการสื่อสารยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย จึงควรพัฒนาทักษะการสื่อสารของนักส่งเสริมสุขภาพ โดยยึดหลักการออกแบบบริการที่มีผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ข้อมูลถูกต้อง ชัดเจน และทันสมัย

2.7 การเข้าถึงข้อมูลและบริการ แม้มีการจัดทำข้อมูลสุขภาพที่เข้าใจง่าย แต่ยังไม่สามารถเข้าถึงได้ทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านช่องทางการสื่อสารหรือความเชื่อถือในข้อมูล จึงควรพัฒนาช่องทางการเข้าถึงที่หลากหลายและเหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม

2.8 การออกแบบสื่อที่ง่ายต่อการเข้าถึงและเข้าใจ การออกแบบสื่อสุขภาพยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย และขาดความหลากหลายของรูปแบบสื่อ จึงควรพัฒนาสื่อที่สอดคล้องกับระดับความรอบรู้และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของกลุ่มเสี่ยง

2.9 การมุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยงสูงหรือกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านการเรียนรู้ การดำเนินงานยังใช้แนวทางเดียวกันในทุกกลุ่ม ไม่มีการออกแบบวิธีการสื่อสารเฉพาะสำหรับกลุ่มที่มีความรอบรู้ต่ำหรือมีข้อจำกัดด้านการเรียนรู้ จึงควรพัฒนาแนวทางเฉพาะกลุ่ม (Tailored intervention) เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการป้องกันโรคเบาหวาน

2.10 การสรุปผลและการสื่อสารผลการดำเนินงาน มีการสรุปผลการดำเนินงานทั้งด้านความครอบคลุมกิจกรรมบริการและค่าใช้จ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งมีการสื่อสารผลการดำเนินงานในระดับองค์กร อย่างไรก็ตาม ควรพัฒนาระบบติดตามประเมินผลที่เชื่อมโยงผลลัพธ์ด้านสุขภาพกับต้นทุนอย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ผลการพัฒนารูปแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง

ผลการพัฒนารูปแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงจากการระดมสมอง ได้เป็นรูปแบบ LEADER-HLO Pre-DM Model ประกอบด้วย

1. L – Leadership & Policy Support: การสนับสนุนและกำหนดนโยบายจากผู้นำ ประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบายและกลไกการขับเคลื่อนองค์กร โดย กำหนดนโยบาย วิสัยทัศน์ เป้าหมายและตัวชี้วัดองค์กรด้าน HL อย่างชัดเจน เชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานด้าน HL ในองค์กร 2) การพัฒนาระบบสนับสนุนและศักยภาพบุคลากร โดย กำหนด KPI ด้าน HL ในระดับหน่วยงานและเชื่อมโยงกับการประเมินผลการปฏิบัติงาน พัฒนาแนวทางปฏิบัติ มาตรฐานการสื่อสาร และเครื่องมือที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้รับบริการ เสริมสร้าง ศักยภาพบุคลากรด้านการสื่อสารและความรอบรู้สุขภาพ เพื่อเป็นผู้นำในการสื่อสารนโยบายผ่านช่องทางที่หลากหลาย 3) การติดตาม ประเมินผล และสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน โดย จัดให้มีระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้าน HL และรายงานความก้าวหน้าต่อผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอ ยกย่องหน่วยงานหรือบุคลากรต้นแบบ เพื่อสร้างแรงจูงใจและเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรด้านความรอบรู้สุขภาพ

2. E – Establishing Health Literacy Culture: สร้างวัฒนธรรมองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การบูรณาการ HL ในทิศทางและค่านิยมขององค์กร โดย บูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) ไว้ในวิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร ปลูกฝังค่านิยมองค์กรที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการสื่อสารที่เข้าใจง่าย โดย พัฒนาบุคลากรทุกระดับให้มี ทักษะการสื่อสารที่เข้าใจง่าย สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ 3) การเรียนรู้ร่วมกันและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดย เปิดพื้นที่รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ และนำข้อมูลมาปรับปรุงบริการ สร้าง บรรยากาศแห่งการเรียนรู้ในองค์กร เช่น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนา HL Champion หรือบุคลากรต้นแบบ เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กร

3. A – Advancing Health Literacy Role Modeling: การส่งเสริมบุคลากรในด้านการเป็นต้นแบบนักส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาบุคลากรต้นแบบด้านความรอบรู้สุขภาพ โดย ส่งเสริมให้บุคลากรทำหน้าที่เป็น ต้นแบบในการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ พัฒนา HL Coach สนับสนุนบทบาทผู้นำในการถ่ายทอดแนวคิดและแนวปฏิบัติด้าน HL ให้กับบุคลากรในองค์กร 2) การเสริมสร้างสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพ โดยใช้หลักการภาษาที่เข้าใจง่าย ส่งเสริมการใช้เทคนิค Teach-back ฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลอง และการสะท้อนผล 3) การสร้างแรงจูงใจและการขยายผลแนวปฏิบัติที่ดี โดย คัดเลือกและยกย่อง บุคลากรต้นแบบด้าน HL ในองค์กร เผยแพร่ เรื่องราวความสำเร็จและแนวปฏิบัติที่ดี ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อขยายผลการดำเนินงานด้าน HL ในองค์กร

4. D – Developing Supportive Systems & Environment: ระบบสนับสนุน และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยการสื่อสารที่เน้นเข้าถึง เข้าใจ และง่ายต่อการรับรู้ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้ โดย การพัฒนาสื่อภายในองค์กรให้ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและแปลเป็นหลายภาษา รวมถึงการอบรมทักษะการสื่อสารและการใช้เทคนิค Teach-back เพื่อทวนข้อมูลให้แน่ใจว่าเข้าใจตรงกัน นอกจากนี้ยังมีการสร้างช่องทางการสื่อสารหลากหลาย เช่น แอปพลิเคชันและโซเชียลมีเดีย สร้างทีมนำและทีมพัฒนาองค์กรรอบรู้สุขภาพในชุมชน, 2) การขับเคลื่อนทีมองค์กรรอบรู้สุขภาพในชุมชน โดยเลือก

ผู้นำชุมชนเป็น HL Coach และส่งเสริมการสื่อสารสุขภาพในชุมชน รวมถึงการจัดกิจกรรมเสวนาและการอบรมในชุมชนเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับ HL และเชื่อมโยงกับองค์กรท้องถิ่นเพื่อขยายผล พัฒนาสัญลักษณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เข้าถึงได้ง่าย 3) การออกแบบสิ่งแวดล้อมและโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ โดยการออกแบบสัญลักษณ์และป้ายที่ใช้สื่อสารข้อมูลสุขภาพในสถานบริการ พัฒนาป้ายในสถานที่สำคัญและสร้างสื่อสุขภาพที่เข้าใจง่าย เช่น อินโฟกราฟิก และแอปพลิเคชันเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายทุกที่ทุกเวลา

5. R – Risk-Group Focused Diabetes Prevention: การส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 1) การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล โดยดำเนินโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยเน้นการบริโภคอาหารตามหลัก 2:1:1 การออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ และติดตามตัวชี้วัดสุขภาพ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose: FPG) และดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ทุก 3 เดือน พร้อมทั้งสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องผ่านกลุ่มไลน์ “Pre-DM Care”2) การเสริมพลังการดูแลสุขภาพในระดับครอบครัว โดย จัดกิจกรรม Family Coaching รายเดือน เพื่อเสริมสร้างบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการสนับสนุนการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน การให้กำลังใจ และการสร้างสภาพแวดล้อมในครอบครัวที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมสุขภาพในระดับชุมชน โดย ส่งเสริมกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน เช่น กิจกรรม เดิน–วิ่งสะสม 10,000 ก้าวต่อวัน และการจัดตลาดนัดอาหารสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงอาหารที่เหมาะสม ทั้งนี้ตั้งเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเปลี่ยนจากภาวะ Pre-DM เป็นโรคเบาหวานอย่างน้อยร้อยละ 25 โดยเน้นการติดตามต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนเพื่อความยั่งยืน

ผลการประเมินประสิทธิผลรูปแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดลพบุรี

ภายหลังการใช้รูปแบบ บุคลากรด้านการแพทย์มีคะแนนการปฏิบัติการนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา โดยค่าเฉลี่ยรวมเพิ่มจาก 108.14±0.78 อยู่ในระดับปานกลาง เป็น 198.27±0.83 อยู่ในระดับสูง ($t = -797.96$, $p < 0.001$)

ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยรวม เพิ่มจาก 68.43±0.29 เป็น 114.27±0.24 ($t = -1222.45$, $p < 0.001$) แม้โดยภาพรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้ด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงเด่นชัด ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ลดลงจาก 118.27±0.29 เป็น 107±0.31 mg/dL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 65.32$, $p < 0.001$) แม้ยังอยู่ในระดับเสี่ยงก็ตาม ขณะเดียวกันระดับ HbA1C ลดลงจาก 6.12±0.27 เป็น 5.98±0.34 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.29$, $p < 0.001$) นอกจากนี้ ดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงจาก 24.94±0.30 เป็น 23.78±0.32 kg/m^2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 60.42$, $p < 0.001$)

ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรด้านการแพทย์ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อรูปแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง (LEADER–HLO

Pre-DM Model) พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน ค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในช่วง 26.19–29.31 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานต่ำ (S.D. = 0.21–0.37) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการส่งเสริมบทบาทบุคลากรต้นแบบ/HL Coach (A) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 29.31, S.D. = 0.37) รองลงมา คือ การสนับสนุนและนโยบายจากผู้บริหาร (L) (Mean = 28.37, S.D. = 0.24) และความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบและความยั่งยืนของการดำเนินงาน (Mean = 28.26, S.D. = 0.28)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดลพบุรีช่วงปีงบประมาณ 2565–2567 พบว่าอัตราป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-DM) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงข้อจำกัดของระบบบริการปฐมภูมิในการป้องกันโรคในระยะก่อนเกิดโรคอย่างมีประสิทธิภาพ แนวโน้มดังกล่าวบ่งชี้ว่าการดำเนินงานที่ผ่านมาอาจยังเน้นการรักษามากกว่าการป้องกันเชิงรุก ทั้งในด้านการปรับพฤติกรรม การติดตามกลุ่มเสี่ยง และการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ World Health Organization ที่ระบุว่าการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำเป็นต้องอาศัยแนวทางเชิงระบบที่บูรณาการบทบาทขององค์กร บุคลากร และชุมชน มากกว่าการให้ความรู้รายบุคคลเพียงอย่างเดียว เมื่อพิจารณาในมิติองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization: HLO) แม้มีการถ่ายทอดนโยบายด้านสุขภาพสู่หน่วยบริการ แต่ยังขาดนโยบายด้านความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy: HL) ที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร และยังไม่เชื่อมโยงกับตัวชี้วัด (KPI) หรือระบบประเมินผลบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้การดำเนินงาน HL ขึ้นอยู่กับความสนใจหรือศักยภาพเฉพาะบุคคลมากกว่ากลไกขององค์กรโดยรวม สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบ “10 Attributes of Health Literate Health Care Organizations” ของ Brach และคณะ[19] ซึ่งเน้นว่าภาวะผู้นำและการบูรณาการ HL ในโครงสร้างองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืน หากขาดการกำหนดทิศทางเชิงนโยบายและระบบติดตามประเมินผล การดำเนินงานจะกระจัดกระจายและไม่ต่อเนื่อง ในด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร แม้มีการอบรม “15 เส้นทางสู่ HL Coach” แต่การประยุกต์ใช้แนวคิด HL ในงานประจำยังมีจำกัด สะท้อนความจำเป็น ในการพัฒนาสมรรถนะเชิงปฏิบัติมากกว่าความรู้เชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam[20] ที่อธิบายว่า HL ประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ functional, interactive และ critical health literacy โดยองค์กรจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรให้สามารถวิเคราะห์ ปรับใช้ และตัดสินใจเชิงระบบได้ มิใช่เพียงถ่ายทอดข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้รับบริการ ส่วนใหญ่ขับเคลื่อนโดยผู้บริหารและผู้นำองค์กรทำให้กิจกรรมอาจไม่สอดคล้องกับบริบทจริงของกลุ่มเสี่ยง ประเด็นนี้แตกต่างจากกรอบแนวคิดของ Sorensen และคณะ[12] ที่มอง HL ในมิติประชากรโดยเน้นความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพ หากองค์กรไม่เปิดพื้นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วม การพัฒนา HL อาจไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริง ในมิติการสื่อสาร พบว่ามีการจัดทำสื่อที่เข้าใจง่ายในบางกิจกรรม แต่ยังขาดความหลากหลายของรูปแบบและการออกแบบที่คำนึงถึงความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม สถานการณ์นี้แตกต่างจากแนวคิด Universal Precautions Approach ของ Agency for Healthcare Research and Quality[21] ที่เสนอให้องค์กรออกแบบการสื่อสารให้เข้าใจง่ายสำหรับทุกคนโดยไม่ต้องคัดกรองระดับ HL ล่วงหน้า สำหรับการมุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยงสูง การดำเนินงานที่ผ่านมาใช้แนวทางเดียวกับประชากรทั่วไป ยังไม่มีการออกแบบกิจกรรมเฉพาะสำหรับกลุ่มที่มีระดับน้ำตาล 100–125 mg/dL อย่างเป็นระบบ การขาดแนวทางเฉพาะกลุ่มอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้อัตรา

การเปลี่ยนผ่านจาก Pre-DM เป็น DM เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานจาก Diabetes Prevention Program Research Group[22] ที่ชี้ว่าการมุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสามารถลดอุบัติการณ์เบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญ สรุปได้ว่าสถานการณ์การดำเนินงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดลพบุรี สะท้อน 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) ช่องว่างด้านนโยบายและภาวะผู้นำ (2) ข้อจำกัดด้านระบบสนับสนุนและการบูรณาการ HL ในงานประจำ และ (3) การขาดแนวทางเฉพาะกลุ่มสำหรับป้องกันเบาหวานระยะก่อนเกิดโรค สถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบ LEADER–HLO Pre-DM Model เพื่อยกระดับการดำเนินงานให้มีความชัดเจน เชื่อมโยงเชิงระบบ และตอบสนองต่อบริบทพื้นที่อย่างแท้จริง

ผลการพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 แสดงให้เห็นว่ากรอบแนวคิด LEADER–HLO Pre-DM Model สามารถบูรณาการแนวคิดองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Organizational Health Literacy: OHL) เข้ากับการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง (Pre-DM) ได้อย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยที่ให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) ภายใต้แผนพัฒนาระบบ สุขภาพระดับชาติของกระทรวงสาธารณสุข[23] องค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน ทำหน้าที่เชื่อมโยง ระดับองค์กรกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งถือเป็นการขยายกรอบ HL จากระดับบุคคลสู่ระดับองค์กรและระบบบริการ โดยองค์ประกอบ Leadership เป็นกลไกหลักในการกำหนดทิศทาง นโยบาย และโครงสร้างสนับสนุน HL ในองค์กร การกำหนดให้ HL เป็นวาระองค์กรเชื่อมโยงกับ KPI และระบบประเมินผลบุคลากรช่วยให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและยั่งยืน แนวทางนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Brach[19] ที่เน้นว่าภาวะผู้นำเป็นจุดตั้งต้นของการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในประเทศไทย พบว่า หลายการศึกษามุ่งเน้นการพัฒนา HL ในระดับบุคคลหรือชุมชน เช่น การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานหรือกลุ่มเสี่ยง ซึ่งแม้จะมีผลดีต่อระดับน้ำตาลหรือพฤติกรรมสุขภาพ แต่ยังขาดการเชื่อมโยงกับโครงสร้างองค์กรและระบบประเมินผลระยะยาว งานวิจัยของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[24] ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาองค์กร HL ในหน่วยบริการปฐมภูมิของไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้น และส่วนใหญ่ยังไม่บูรณาการ HL เข้ากับตัวชี้วัดหลักของหน่วยบริการ ดังนั้น LEADER–HLO Pre-DM Model จึงมีจุดเด่นในด้านการกำหนด HL เป็นกลไกเชิงนโยบาย องค์ประกอบ Establishing Culture เน้นการปลูกฝังค่านิยมองค์กรที่ให้ความสำคัญกับการสื่อสารที่เข้าใจง่ายและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ สอดคล้องกับแนวคิดของ Don Nutbeam[20] ที่เสนอการพัฒนา HL สู่ระดับ interactive และ critical health literacy ในบริบทประเทศไทย งานวิจัยหลายสถาบันพบว่าระดับ HL ของประชาชนไทยมีความแตกต่างตามปัจจัยการศึกษาและรายได้ และยังมีข้อจำกัดด้านทักษะการประเมินข้อมูลสุขภาพ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานส่วนใหญ่ยังมุ่งพัฒนา “ความรู้” มากกว่าการปรับวัฒนธรรมองค์กรหรือระบบบริการ ผลการพัฒนารูปแบบ LEADER–HLO Pre-DM Model จึงแตกต่างจากแนวทางเดิมโดยมุ่งสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุน HL ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพประชาชน การพัฒนา HL Coach ในรูปแบบการศึกษานี้เป็นกลไกภายในองค์กรที่เน้นบุคลากรต้นแบบด้านการสื่อสารสุขภาพ ใช้เทคนิค Plain Language และ Teach-back ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Universal Precautions Toolkit ของ Agency for Healthcare Research and Quality[21] ในประเทศไทยแม้จะมีการพัฒนา “ครู ก” หรือแกนนำสุขภาพในชุมชน แต่บทบาทดังกล่าวมักอยู่ในระดับชุมชน ไม่ได้เชื่อมโยงกับระบบการ

ประเมินผลภายในองค์กรบริการสุขภาพโดยตรง งานศึกษาบางส่วน ในโรงพยาบาลชุมชนพบว่าการอบรมการสื่อสารช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ แต่ยังไม่มีการออกแบบให้เป็นกลไกถาวรในโครงสร้างองค์กร[25] ดังนั้น HL Coach ใน LEADER–HLO Pre-DM Model จึงถือเป็นการยกระดับบทบาทต้นแบบสู่ระดับองค์กรอย่างเป็นระบบ การออกแบบสื่อ ป้าย สัญลักษณ์ และช่องทางดิจิทัลที่ เข้าใจง่าย เป็นการปรับสิ่งแวดล้อมบริการเพื่อลดภาระการตีความของผู้รับบริการ แนวคิดนี้สอดคล้องกับ system-based intervention ซึ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงระดับโครงสร้าง ในประเทศไทย มีการพัฒนาสื่อสุขศึกษาในหลายโครงการ เช่น คลินิก NCD คุณภาพ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นแบบ แต่การประเมินผลมักจำกัดอยู่ที่ความพึงพอใจหรือความรู้หลังรับสื่อ มากกว่าการประเมินผลต่อระบบบริการโดยรวม[9] รูปแบบ LEADER–HLO Pre-DM Model จึงมีความโดดเด่นตรงที่เชื่อมโยงการพัฒนาสื่อเข้ากับระบบติดตามกลุ่มเสี่ยงและฐานข้อมูลบริการ องค์ประกอบ Risk-Group Focused Prevention เน้นโปรแกรม 12 สัปดาห์ การติดตาม FPG และ BMI ต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว สอดคล้องกับหลักฐานจาก Diabetes Prevention Program Research Group[22] ที่ยืนยันประสิทธิผลของการปรับพฤติกรรมอย่างเข้มข้น ในประเทศไทยงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ดำเนินในระดับชุมชน เช่น โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 8–12 สัปดาห์ที่รายงานผลลดค่า FPG และ BMI ได้อย่างมีนัยสำคัญ[26] อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่มักเป็นการวิจัยเชิงทดลองในพื้นที่จำกัด และไม่เชื่อมโยงกับโครงสร้างองค์กรในระยะยาว แตกต่างจาก LEADER–HLO Pre-DM Model ที่วางระบบสนับสนุนตั้งแต่ระดับผู้นำ วัฒนธรรมองค์กร จนถึงระบบข้อมูล ทำให้การป้องกันกลุ่มเสี่ยงกลายเป็น “ภารกิจประจำ” ไม่ใช่โครงการเฉพาะกิจ

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ LEADER–HLO Pre-DM Model ระยะที่ 3 ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถยกระดับคุณภาพการให้บริการได้อย่างมี นัยสำคัญในหลายมิติ ทั้งการดำเนินงานของบุคลากร ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง และผลลัพธ์ทางคลินิก เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ก่อนใช้รูปแบบ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนการปฏิบัติการนักส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทั้ง 14 ด้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หลังการใช้รูปแบบ โดยเฉพาะด้านทักษะการสื่อสาร การจัดการเงื่อนไขสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสม ผลลัพธ์นี้บ่งชี้ว่าการพัฒนา HL Coach และการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติช่วยเสริมสมรรถนะของบุคลากรในเชิงลึก ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานงานวิจัยไทยหลายฉบับ เช่น งานศึกษาของ พินิจและคณะ[27] พบว่าการอบรมเทคนิคการสื่อสารเชิงรอบรู้ช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย NCD ของทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ จารุวรรณ มณีวงศ์ และจักรกฤษณ์ คงมั่น[28] พบว่าการเพิ่มทักษะด้าน HL ในบุคลากรช่วยเพิ่มปฏิสัมพันธ์การสื่อสารแบบสองทิศทางระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ ซึ่งช่วยลดช่องว่างความเข้าใจด้านสุขภาพ การพัฒนาทักษะไม่ได้จำกัดเพียงการให้ความรู้เท่านั้น แต่รวมถึงการฝึกปฏิบัติ เทคนิคการใช้สื่ออย่างมีประสิทธิภาพ และการใช้เทคนิค Teach-back เพื่อยืนยันความเข้าใจของผู้รับบริการ ซึ่งต่างจากการอบรมทั่วไปที่มักหลุดเป็นทฤษฎีและสื่อสารผ่านเอกสารเพียงอย่างเดียว ผลลัพธ์ของบุคลากรที่ดีขึ้นสะท้อนความสำเร็จขององค์ประกอบ Leadership (L) และ Establishing Culture (E) ของโมเดล ที่ทำให้การพัฒนาบุคลากรเป็นส่วนหนึ่งของระบบองค์กร ไม่ใช่กิจกรรมเดี่ยว โดยตรงกับข้อเสนอของ Weiss and Bynum[29] ว่าการพัฒนาทักษะ HL ใน

บุคลากรควรบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการปฏิบัติขององค์กร

หลังการพัฒนา ผู้เข้าร่วมในกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน แม้ภาพรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง แต่แนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจน โดยเฉพาะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเอง ซึ่งสัมพันธ์กับผลลัพธ์การจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิไลลักษณ์ และคณะ[30] ที่พบว่าการจัดโปรแกรมให้ความรู้เรื่อง HL เฉพาะกลุ่มเสี่ยงช่วยเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น โดยพบว่าหลังได้รับโปรแกรม HL มีแนวโน้มเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกายและการฝึกปรือปฏิบัติการดูแลตนเอง ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษา LEADER–HLO Pre-DM Model โดยเฉพาะด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการสุขภาพตามแนวทางที่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ งานวิจัยที่ศึกษา HL ในผู้สูงอายุไทยของ สุณิสา สุขสวัสดิ์ และอภิชาติ ทองดี[31] พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับความสามารถในการใช้บริการปฐมภูมิและการป้องกันโรคเรื้อรัง เช่น การตรวจสุขภาพประจำปีและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่าความรอบรู้ของกลุ่ม Pre-DM เพิ่มขึ้นหลังใช้รูปแบบ แม้จะยังอยู่ในระดับปานกลาง แต่การเปลี่ยนแปลงในทิศทางดังกล่าวถือว่ามีนัยสำคัญ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถคาดการณ์พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงบริการ และผลลัพธ์เชิงคลินิกได้ดียิ่งขึ้น ตามแนวคิดของ Nutbeam ว่าการเพิ่ม HL จะช่วยเสริมพลังให้ประชาชนสามารถตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างมีเหตุผลและมีข้อมูลรองรับ

ผลลัพธ์ทางคลินิกจากข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่าค่า ค่าน้ำตาลในเลือด (FPG), HbA1c และ BMI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แม้ผลลัพธ์บางรายการยังคงอยู่ในช่วงที่จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงก็ตาม แต่แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนว่าการปฏิบัติที่ดีขึ้นของบุคลากรและความรอบรู้ที่เพิ่มขึ้นของผู้เข้าร่วมมีผลเชิงประจักษ์ต่อสถานะสุขภาพโดยรวม ผลนี้สอดคล้องกับรายงานผลจากโครงการป้องกันเบาหวานระดับชุมชนในไทยของ ธวัชชัยและคณะ[32] ที่พบว่าการให้ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตช่วยลดค่า FPG และ BMI ในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ[33] ซึ่งคล้ายกับการใช้รูปแบบนี้ แต่รูปแบบ LEADER–HLO Pre-DM Model เพิ่มระบบองค์กรที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น แม้จะไม่ได้เปลี่ยนแปลงเป็นระดับค่าปกติทันที แต่การลดระดับน้ำตาลและ BMI มีความสำคัญเชิงป้องกัน เพราะช่วยลดโอกาสการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวตามที่ศึกษาของ ปรีชา ทองแท้ และสุภาวดี กิตติคุณ[34] พบว่าการลด FPG และ BMI แม้ในระดับเล็กน้อยจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคเรื้อรังและภาระระบบสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม

การประเมินความพึงพอใจของบุคลากรด้านการแพทย์พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมาก โดยเฉพาะด้านบทบาท HL Coach และการสนับสนุนจากผู้นำ ซึ่งสะท้อนถึงการยอมรับรูปแบบทั้งในแง่เนื้อหาและการปฏิบัติ งานวิจัยในประเทศไทยที่มีการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรที่ได้รับการอบรม HL พบว่าการอบรมเชิงปฏิบัติและการสนับสนุนเชิงระบบมีผลต่อความรู้สึกเชิงบวกและการนำไปใช้จริงในงาน เช่น การศึกษาของ กาญจนา ทองสุขและ ชลธิชา สายใจ[35] พบว่าบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม HL จะมีความรู้สึกมั่นใจมากขึ้นในการสื่อสารด้านสุขภาพและสามารถตอบสนองต่อผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น[36] ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินความพึงพอใจที่สูงจากการศึกษานี้ รูปแบบนี้ไม่เพียงเพิ่มความสามารถของบุคลากรและความรอบรู้ของประชาชน แต่ยังสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในระบบบริการด้วย การเชื่อมโยงองค์ประกอบ Leadership, Culture, HL Coach และระบบสนับสนุน ทำให้การป้องกันเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงกลายเป็น

“ภารกิจปกติขององค์กร” ไม่ใช่โครงการเฉพาะกิจ การบูรณาการในลักษณะนี้ต่างจากงานวิจัยในไทยส่วนใหญ่ที่มักเป็นการศึกษาผลลัพธ์เฉพาะโปรแกรมหรือกิจกรรม เช่น โครงการให้ความรู้ระยะสั้นที่วัดผลเฉพาะความรู้หรือพฤติกรรม แต่ไม่เชื่อมโยงกับระบบองค์กรหรือมาตรฐานการให้บริการอย่างเป็นระบบ[13] โดยสรุป การประเมินประสิทธิผลของ LEADER–HLO Pre-DM Model แสดงให้เห็นว่ารูปแบบนี้ช่วยยกระดับ 1) สมรรถนะการปฏิบัติของบุคลากร ผ่านการพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติและบทบาท HL Coach 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะการจัดการตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ 3) ผลลัพธ์ทางคลินิก ที่สะท้อนแนวโน้มการป้องกันการเกิดเบาหวาน 4) ความพึงพอใจของบุคลากร ที่สะท้อนการยอมรับและความเหมาะสมของรูปแบบ 5) การบูรณาการระบบบริการ ที่ทำให้ HL เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยรูปแบบ LEADER–HLO Pre-DM Model สามารถนำไปใช้เป็นกรอบพัฒนาองค์กรปฐมภูมิให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพที่เน้นการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ หากมีการสนับสนุนเชิงนโยบาย การบริหารจัดการที่ต่อเนื่อง และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างจริงจัง จะช่วยลดอุบัติการณ์โรคเบาหวานในระยะยาว และเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ ควรสนับสนุนการบูรณาการรูปแบบดังกล่าวเข้าสู่แผนยุทธศาสตร์สุขภาพระดับเขตและระดับประเทศ พร้อมทั้งสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ ชุมชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการขยายผลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องในระยะยาว

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลระยะยาว การประเมินความคุ้มค่า และการขยายผลในบริบทที่หลากหลาย เพื่อยืนยันศักยภาพของ LEADER–HLO Pre-DM Model ในการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพและลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1.International Diabetes Federation.(2021). IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.

2.กระทรวงสาธารณสุข.(2567). รายงานมาตรฐานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ปี 2565–2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.

3.เอกชัย ชัยยาทา.(2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2560;47(2):123-135.

4.World Health Organization.(2016). Health literacy toolkit for low- and middle-income countries: A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. Geneva: WHO; 2016.

5.Rikard RV, Thompson MS, McKinney J, Beauchamp A.(2016). Examining health literacy disparities in the United States: a third look at the National Assessment of Adult Literacy. J Health Commun. 2016;21(Suppl 1):111-118.

6.Martin D, Miller AP, Quesnel-Vallée A, Caron NR, Vissandjée B, Marchildon GP.(2018). Canada’s universal health-care system: achieving its potential. Lancet. 2018;391(10131):1718-1735.

7.กระทรวงสาธารณสุข.(2564). รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ปี 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

8.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.(2562). แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.

9.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2561). แนวทางการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization: HLO). นนทบุรี: กรมอนามัย; 2561.

10.Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K.(2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med. 2011;155(2):97-107.

11.Bostock S, Steptoe A.(2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults. BMJ. 2012;344:e1602.

12.Sorensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al.(2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). Eur J Public Health. 2015;25(6):1053-1058.

13.Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L.(2018). Organizational health literacy: review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. Inquiry. 2018;55:46958018757848.

14.World Health Organization.(2023). Organizational health literacy in the context of health systems transformation. Geneva: WHO; 2023.

15.รัชนีบูลย์ เงินวิลัย และคณะ.(2566). การพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในระบบบริการสุขภาพไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2566;17(3):215-228.

16.Rajah R, Hassali MA, Lim CJ.(2017). Health literacy–related knowledge, attitude, and perceived barriers: a cross-sectional study among physicians in public hospitals. BMJ Open. 2017;7:e016330.

17.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี.(2567). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อจังหวัดลพบุรี ปี 2567. ลพบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี; 2567.

18.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี.(2567). ฐานข้อมูล HDC รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน ปี 2565–2567. ลพบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี; 2567.

19.Brach C, Keller D, Hernandez LM, et al.(2012). Ten attributes of health literate health care organizations. Washington (DC): National Academy of Medicine; 2012.

20.Nutbeam D.(2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259-267.

21.Agency for Healthcare Research and Quality.(2015). Health literacy universal precautions toolkit. 2nd ed. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.

22.Diabetes Prevention Program Research Group.(2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med. 2002;346(6):393-403.

23.กระทรวงสาธารณสุข.(2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

24.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2564). แนวทางการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพ. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2564.

25.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2563). รายงานสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2563.

26.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2565). รายงานผลการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.

27.พินิจ พรหมมา, อดิศักดิ์ ศรีสุวรรณ, สิริกาญจน์ นาคทอง.(2564). การอบรมการสื่อสารเชิงรอบรู้ในผู้ปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ. วารสารพยาบาลศาสตร์ไทย. 2564;39(4):112-120.

28.จารุวรรณ มณีวงศ์, จักรกฤษณ์ คงมั่น.(2562). การพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรและผลต่อการสื่อสารกับผู้ป่วย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2562;11(2):150-158.

29.Weiss Barry D, Bynum Robert D.(2017). Health literacy and patient care. Journal of General Internal Medicine. 2017;32(8):958-961.

30.วิไลลักษณ์ ลาภเจริญ, พงษ์ศักดิ์ วงศ์คำ.(2564). ผลของการอบรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2564;18(1):65-75.

31.สุณิสา สุขสวัสดิ์, อภิชาติ ทองดี.(2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการใช้บริการปฐมภูมิของประชาชนไทย. วารสารสุขภาพสังคมไทย. 2563;9(3):45-54.

32.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2565). รายงานคลินิก NCD คุณภาพ. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.

33.ธวัชชัย งามศิริ, ณัฐพล ประเสริฐ.(2565). โครงการป้องกันเบาหวานในชุมชน: ผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารเวชศาสตร์ชุมชน. 2565;12(2):90-99.

34.ปรีชา ทองแท้, สุภาวดี กิตติคุณ.(2564). ผลของการลดระดับน้ำตาลและดัชนีมวลกายต่อความเสี่ยงโรคเรื้อรัง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2564;15(1):32-41.

35.กาญจนา ทองสุข, ชลธิชา สายใจ.(2562). การศึกษาความพึงพอใจต่อการอบรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขชุมชน. วารสารสุขศึกษาไทย. 2562;7(4):210-220.

36.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2563). รายงานโครงการให้ความรู้ด้านสุขภาพระยะสั้นและผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารการแพทย์ชุมชน. 2563;10(1):58-66.

ระบาดวิทยาของการติดเชื้อ Streptococci ชนิดรุกล้ำ ในช่วงก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดนครพนม กรณีติดเชื้อ S.agalactiae และ S.pneumoniae

Epidemiology of Invasive Streptococcal Infections Before and During the COVID-19 Pandemic in Nakhon Phanom Province: S.agalactiae and S.pneumoniae infection.

(Received: March 27,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 31,2026)

พิรัช ธงวิชัย[1] บารเมษฐ์ ภิราล้ำ[2] อนุศักดิ์ เกิดสิน[3]
Piruch thongwichai[1] Barameht Piralam[2] Anusak Kerdsin[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบลักษณะทางระบาดวิทยาของการติดเชื้อ Streptococci ชนิดรุกล้ำจากเชื้อ Streptococcus agalactiae และ Streptococcus pneumoniae ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดนครพนม ในช่วงก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 (ปี พ.ศ. 2553–2562) และระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 (ปี พ.ศ. 2563-2566) และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อทั้งสองโดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ Chi-square และพหุถดถอยลอจิสติก ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าความชุกของ S.agalactiae เท่ากับ 3.19 ต่อประชากรแสนคน (ก่อนระบาด 3.43 ต่อประชากรแสนคน vs. ระหว่างการระบาด 2.60 ต่อประชากรแสนคน) และ S.pneumoniae เท่ากับ 1.81 (ก่อนระบาด 2.31 ต่อประชากรแสนคน vs. ระหว่างการระบาด 1.03 ต่อประชากรแสนคน) ในช่วงก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งในผู้ป่วย S. agalactiae และ S. pneumoniae มีความผิดปกติของเม็ดเลือดขาวชนิด Basophil (p< 0.001, p=0.008) และการรับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต (P=0.005, p< 0.001) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิเคราะห์พหุถดถอยลอจิสติกพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ S.agalactiae คือ อายุ 0–9 ปี (OR_{adj} = 0.40, 95% CI: 0.18-0.97, P = 0.043) การมีระดับ Hematocrit ผิดปกติ (≤36.9% or ≥60%) (OR_{adj} = 0.38, 95% CI: 0.41-0.80, P = 0.001) ความผิดปกติของจำนวนเม็ดเลือดขาว (≤4,400 or ≥11,301 cell/ µL) (OR_{adj} = 1.61, 95% CI: 1.11–2.33, P = 0.010) การตรวจพบเชื้อในน้ำไขสันหลัง (OR_{adj} = 0.38, 95% CI: 0.21-0.83, P = 0.014) และการตรวจพบเชื้อในน้ำไขข้อ (OR_{adj} = 5.97 ,95% CI: 1.18–30.15, P = 0.031) เชื้อ S.pneumoniae คือ อายุ 0–9 ปี (OR_{adj} = 4.40, 95% CI: 2.32 –8.08, P < 0.001) และการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (OR_{adj} = 1.77, 95% CI: 1.04–2.87,P= 0.034) โดยสรุปในช่วงการระบาดพบแนวโน้มของผู้ป่วยติดเชื้อ S.agalactiae และ S.pneumoniae มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น แต่แนวโน้มการติดเชื้อลดลงในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

คำสำคัญ: เชื้อสเตรปโตค็อกคัสชนิดรุกราน, S.agalatiae, S. pneumoniae โควิด-19 ปัจจัยเสี่ยง

Abstract

This retrospective study aimed to investigate and compare the epidemiological characteristics of invasive Streptococci infections caused by Streptococcus agalactiae and Streptococcus pneumoniae among hospitalized patients in Nakhon Phanom Province during the pre–COVID-19 period (2010–2019) and the COVID-19 period (2020–2023). Additionally, the study aimed to identify factors associated with both infections. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and multivariable logistic regression, with a significance level set at 0.05.

[1] เจ้าหน้าที่บันทึกและตรวจสอบข้อมูลการแพทย์ฉุกเฉิน งานโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

[2] ผู้จัดการโครงการ หน่วยคุ้มครองสุขภาพโลกจังหวัดนครพนม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

[3] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

The results showed that the overall prevalence of S. agalactiae infection was 3.19 per 100,000 population, decreasing from 3.43 per 100,000 in the pre-pandemic period to 2.60 per 100,000 during the pandemic. Similarly, the prevalence of S. pneumoniae infection was 1.81 per 100,000 population, declining from 2.31 per 100,000 before the pandemic to 1.03 per 100,000 during the COVID-19 period. Comparative analysis revealed that both S. agalactiae and S. pneumoniae infections were significantly associated with abnormal basophil counts and intensive care unit (ICU) admission (S. agalactiae: $p < 0.001$ and $p = 0.005$; S. pneumoniae: $p = 0.008$ and $p < 0.001$, respectively). Multivariable logistic regression analysis identified factors associated with S. agalactiae infection, including age 0–9 years (adjusted OR = 0.40, 95% CI: 0.18–0.97, $p = 0.043$), abnormal hematocrit levels (≤36.9% or ≥60%) (adjusted OR = 0.38, 95% CI: 0.41–0.80, $p = 0.001$), abnormal white blood cell counts (≤4,400 or ≥11,301 cells/μL) (adjusted OR = 1.61, 95% CI: 1.11–2.33, $p = 0.010$), detection of the pathogen in cerebrospinal fluid (adjusted OR = 0.38, 95% CI: 0.21–0.83, $p = 0.014$), and detection in synovial fluid (adjusted OR = 5.97, 95% CI: 1.18–30.15, $p = 0.031$). For S. pneumoniae infection, significant associated factors included age 0–9 years (adjusted OR = 4.40, 95% CI: 2.32–8.08, $p < 0.001$) and ICU admission (adjusted OR = 1.77, 95% CI: 1.04–2.87, $p = 0.034$). In conclusion, although the prevalence of both S. agalactiae and S. pneumoniae infections decreased during the COVID-19 pandemic, the severity of infections appeared to increase.

Keywords: Invasive Streptococcocci, S.agalatiae, S. pneumoniae, COVID-19, Risk factors

บทนำ

การติดเชื้อแบคทีเรียในสกุล Streptococcus เป็นสาเหตุสำคัญของโรคติดเชื้อในมนุษย์ และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะการติดเชื้อชนิดรุกล้ำ (invasive streptococcal infections) ซึ่งหมายถึงการติดเชื้อที่เชื้อแบคทีเรียเข้าสู่บริเวณที่ปกติปราศจากเชื้อ เช่น กระแสเลือด น้ำไขสันหลัง หรืออวัยวะภายใน การติดเชื้อในลักษณะดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดโรครุนแรง เช่น ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เยื่อหุ้มสมองอักเสบ และปอดอักเสบ ซึ่งมีอัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิตสูง โดยเฉพาะในเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว[1]

เชื้อที่มีบทบาทสำคัญในการก่อโรคชนิดรุกล้ำได้แก่ Streptococcus agalactiae และ Streptococcus pneumoniae โดย S. agalactiae หรือ Group B Streptococcus (GBS) เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในทารกแรกเกิด หญิงตั้งครรภ์ และผู้ใหญ่ที่มีโรคประจำตัว จากการประมาณการทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยทารกแรกเกิดจากการติดเชื้อ GBS มากกว่า 300,000 รายต่อปี และมีการเสียชีวิตประมาณ 90,000 รายต่อปี นอกจากนี้ยังพบว่าเกือบหนึ่งในสี่ของหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลก (18%) มีการเป็นพาหะของเชื้อดังกล่าว[2] ขณะที่ *S. pneumoniae* เป็นสาเหตุสำคัญของโรคปอดอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ และการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และผู้สูงอายุ ซึ่งยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อทั่วโลก[3]

การติดเชื้อ S.agalactiae ยังคงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากพบการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา โดยมีแนวโน้มก่อโรครุนแรงเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การศึกษาทางระบาดวิทยาจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการเฝ้าระวัง การวินิจฉัยที่รวดเร็ว และการกำหนดแนวทางการรักษาที่เหมาะสม เพื่อลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากการติดเชื้อชนิดรุกล้ำ[4]

การระบาดของโรค โควิด 19 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา ได้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและรูปแบบการเกิดโรคติดเชื้อหลายชนิด มาตรการควบคุมโรค เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม และการจำกัดการเดินทาง อาจส่งผลต่อการแพร่กระจายของเชื้อที่ติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจ รวมถึงเชื้อ Streptococcus ส่งผลให้แนวโน้มการเกิดโรคติดเชื้อแบคทีเรียชนิดรุกล้ำในหลายประเทศมีการ

เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในช่วงระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19[5]

จังหวัดนครพนม เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่มีรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อแบคทีเรียจากสถานพยาบาลระดับจังหวัด อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางระบาดวิทยา แนวโน้มการเกิดโรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ Streptococci ชนิดรุกล้ำ โดยเฉพาะจาก S. agalactiae และ S. pneumoniae ในช่วงก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาและแนวโน้มของการติดเชื้อ Streptococci ชนิดรุกล้ำจากเชื้อ *S.* agalactiae และ S. pneumoniae ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในจังหวัดนครพนม โดยเปรียบเทียบช่วงเวลาก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในระดับพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาความชุกของเชื้อ S.agalactiae และ S.pnaeumoniae ก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ในจังหวัดนครพนม

2. เพื่อเปรียบเทียบลักษณะทางระบาดวิทยาของการติดเชื้อชนิดรุกล้ำจากเชื้อ S. agalactiae และ S. pneumoniae ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในจังหวัดนครพนมในช่วงเวลาก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19

3.เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ *S.agalactiae* และ *S.pnaeumoniae* ในจังหวัดนครพนม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Retrospective study) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการเชื้อ Streptococci ชนิดรุกล้ำ ในผู้ป่วยที่ถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลนครพนม ระหว่างช่วงสองช่วงเวลาที่ห่างกัน 10 ปี คือ ก่อนการระบาดของโรค Covid – 19 (ปี พ.ศ. 2553 - 2562) และระหว่างการระบาดของโรค Covid - 19 (ปี พ.ศ. 2563 - 2566)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในระหว่างปี 2553-2566 ที่มีการติดเชื้อ Streptococci ชนิดรุกล้ำจากการตรวจเพาะเชื้อ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในระหว่างปี 2553-2566 ทุกรายที่มีการติดเชื้อ Streptococci ชนิดรุกล้ำที่มีการตรวจยืนยันเป็นเชื้อ S.agalactiae และเชื้อ S.pneumoniae โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา คือ

1.ผู้ป่วยก่อนการระบาดของโควิด 19 คือ ผู้ป่วยที่ถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลนครพนมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2562

2.ผู้ป่วยในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 คือ ผู้ป่วยที่ถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลนครพนมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2566

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1.ข้อมูลผู้ป่วยที่ยืนยันและวินิจฉัยว่ามีติดเชื้อ Streptococci ชนิดรุกล้ำในโรงพยาบาลนครพนมปี พ.ศ. 2553-2566

2.ผลการเพาะเชื้อ ยืนยันว่ามีติดเชื้อ Streptococci ชนิดรุกล้ำ จากการแยกเชื้อเป็น S.agalactiae และ S.pneumoniae

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ครบถ้วนและไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ โดยนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว ชนิดของเชื้อ และผลลัพธ์ทางคลินิก โดยแสดงผลในรูปแบบจำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยและการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรระหว่างช่วงเวลาก่อน และระหว่างการระบาดของโรค โควิด 19 ใช้สถิติ Chi-square test และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อด้วยสถิติ Multiple logistic regression

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม เลขที่ NP-EC11-No.33/2566

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่ามีการติดเชื้อ S.agalactiae จำนวน 331 ราย (คิดเป็นความชุก 3.19 ต่อประชากรแสนคน) พบมากสุดในปี 2556 และ 2563 จำนวน 39 ราย โดยแบ่งเป็นช่วงก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 238 ราย (คิดเป็นความชุก 3.43ต่อประชากรแสนคน) และระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 73 ราย(คิดเป็นความชุก 2.60 ต่อประชากรแสนคน) โดยพบมากที่สุดในตัวอย่างเลือด จำนวน 277 ราย (89.07%) [ก่อนระบาด จำนวน 215 ราย (93.34%) vs. ระหว่างระบาด จำนวน 62 ราย(84.93%)] และรองลงมาเป็นตัวอย่างน้ำในไขสันหลัง จำนวน 17 ราย (5.47%) [ก่อนระบาด จำนวน 11 ราย (4.62%) vs. ระหว่างระบาด 6 ราย (8.22%)] และการติดเชื้อ *S. pneumoniae* จำนวน 189 ราย (คิดเป็นความชุก 1.81 ต่อประชากรแสนคน) พบมากสุดในปี 2562 จำนวน 23 ราย ช่วงก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 160 ราย (คิดเป็นความชุก 2.31 ต่อประชากรแสนคน) และระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 29 ราย (คิดเป็นความชุก 1.03 ต่อประชากรแสนคน) โดยพบมากที่สุดในตัวอย่างเลือดจำนวน 162 ราย (85.71%) [ก่อนระบาด จำนวน 139 ราย (86.88%) vs. ระหว่างระบาด จำนวน 23 ราย(79.31%)] และรองลงมาเป็นตัวอย่างน้ำในไขสันหลัง จำนวน 17 ราย (9.00%) [ก่อนระบาด จำนวน 14 ราย(8.75%) vs. ระหว่างระบาด จำนวน 3 ราย(10.34%)]

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจำแนกตามเพศ อายุ การกระจายของการตรวจพบเชื้อในแต่ละอำเภอ อาชีพ โรคประจำตัว ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อ S.agalactiae และ S.pneumoniae ในช่วงสองช่วงเวลา คือ ก่อนการระบาดและระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นการตรวจพบความผิดปกติของเม็ดเลือดขาวชนิด Basophil ($p < 0.001$, $p = 0.008$) และการรับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต *(*$P=0.005$, $p < 0.001$*)* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทางระบาดวิทยาก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ของเชื้อ S.agalactiae

ข้อมูลทั่วไป		ก่อนการระบาด (n=238)	ระหว่างการระบาด (n=73)	χ^2	P-value
เพศ					
	ชาย	136	34	2.167	0.141
	หญิง	102	39		
อายุ					
	0-9 ปี	7	2	0.854	0.931
	10-19 ปี	11	5		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทางระบาดวิทยาก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ของเชื้อ S.agalactiae

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการระบาด (n=238)	ระหว่างการระบาด (n=73)	χ^2	P-value
20-24 ปี	8	3		
25-59 ปี	114	32		
มากกว่า 60 ปี	98	31		
ที่อยู่ประจำ				
อำเภอเมืองนครพนม	128	37	11.873	0.294
อำเภอโพนสวรรค์	13	6		
อำเภอธาตุพนม	14	1		
อำเภอบ้านแพง	11	5		
อำเภอเรณูนคร	7	3		
อำเภอท่าอุเทน	32	7		
อำเภอนาแก	2	0		
อำเภอนาทม	8	1		
อำเภอปลาปาก	12	4		
อำเภอนาหว้า	1	2		
อำเภอศรีสงคราม	10	7		
อาชีพ				
ไม่มี	125	40	0.212	0.645
มี	113	33		
สิ่งส่งตรวจ				
Blood	215	62	5.483	0.601
CSF (Cerebrospinal Fluid)	11	6		
Synovial Fluid	5	3		
Appendix	1	0		
Respiratory Tract	2	0		
Body Fluid	2	2		
Ascitic Fluid	1	0		
Tibia	1	0		
รับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต				
ไม่ใช่	216	57	0.036	0.005*
ใช่	22	16		
โรคประจำตัว				
ไม่มี	29	5	1.736	0.188
มี	209	68		
Hematocrit				
≤36.9 or ≥60 (ผิดปกติ)	148	49	0.744	0.389

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทางระบาดวิทยาก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ของเชื้อ S.agalactiae

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการระบาด (n=238)	ระหว่างการระบาด (n=73)	χ^2	P-value
37 - 59.9 (ปกติ)	90	24		
Platelet Count				
≤149,999 or ≥350,0001 (ผิดปกติ)	110	40	2.012	0.156
150,000-350,000 (ปกติ)	128	33		
White Blood Cell				
≤4,400 or ≥11,301 (ผิดปกติ)	188	56	0.120	0.729
4,401 - 35,000 (ปกติ)	50	17		
Neutrophils				
≤39.9 or ≥70.4 (ผิดปกติ)	213	69	1.762	0.184
40 - 70.3 (ปกติ)	25	4		
Lymphocytes				
≤20.2 or ≥48.4(ผิดปกติ)	214	68	0.756	0.385
20.3 - 48.3 (ปกติ)	24	5		
Monocyte				
≤3.3 or ≥12.4 (ผิดปกติ)	121	38	0.094	0.759
3.4 - 12.3 (ปกติ)	117	35		
Basophil				
≤0.1 or ≥1.5 (ผิดปกติ)	158	31	14.761	<0.001*
0.2 - 1.4 (ปกติ)	80	42		
Eosinophils				
≤0.3 or ≥9.3 (ผิดปกติ)	178	20	0.358	0.549
0.2 - 9.2 (ปกติ)	60	53		
การรับยาปฏิชีวนะขณะรับการรักษา				
ไม่มี	10	1	0.356	0.551
มี	228	72		

*p-value < 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะทางระบาดวิทยาก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ของเชื้อ S.pneumoniae

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการระบาด (n=238)	ระหว่างการระบาด (n=73)	χ^2	P-value
เพศ				
ชาย	100	23	3.071	0.080
หญิง	60	6		
อายุ				
0-9 ปี	23	3	5.967	0.202
10-19 ปี	7	0		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะทางระบาดวิทยาก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ของเชื้อ S.pneumoniae

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการระบาด (n=238)	ระหว่างการระบาด (n=73)	χ^2	P-value
20-24 ปี	2	0		
25-59 ปี	58	17		
มากกว่า 60 ปี	70	9		
ที่อยู่ประจำ				
อำเภอเมืองนครพนม	48	36	16.222	0.093
อำเภอโพนสวรรค์	5	4		
อำเภอธาตุพนม	2	2		
อำเภอบ้านแพง	0	1		
อำเภอเรณูนคร	5	0		
อำเภอท่าอุเทน	13	3		
อำเภอนาแก	0	1		
อำเภอนาทม	1	0		
อำเภอปลาปาก	4	0		
อำเภอนาหว้า	0	1		
อำเภอศรีสงคราม	4	0		
อาชีพ				
ไม่มี	76	9	2.374	0.123
มี	84	20		
สิ่งส่งตรวจ				
Blood	139	23	12.921	0.115
CSF (Cerebrospinal Fluid)	14	3		
Synovial Fluid	0	1		
Appendix	1	0		
Respiratory Tract	2	0		
Abdomen	1	0		
Pleural Fluid	2	1		
Body Fluid	0	1		
Ascitic Fluid	1	0		
รับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต				
ไม่ใช่	134	11	28.070	<0.001*
ใช่	26	18		
โรคประจำตัว				
ไม่มี	24	1	2.313	0.128
มี	136	28		
Hematocrit				

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะทางระบาดวิทยาก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ของเชื้อ S.pneumoniae

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการระบาด (n=238)	ระหว่างการระบาด (n=73)	χ^2	P-value
≤36.9 or ≥60 (ผิดปกติ)	114	22	0.320	0.572
37 - 59.9 (ปกติ)	46	7		
Platelet Count				
≤149,999 or ≥350,0001 (ผิดปกติ)	74	17	1.936	0.164
150,000-350,000 (ปกติ)	87	12		
White Blood Cell				
≤4,400 or ≥11,301 (ผิดปกติ)	111	17	1.148	0.284
4,401 - 35,000 (ปกติ)	49	12		
Neutrophils				
≤39.9 or ≥70.4 (ผิดปกติ)	135	25	0.084	0.771
40 - 70.3 (ปกติ)	25	4		
Lymphocytes				
≤20.2 or ≥48.4(ผิดปกติ)	141	23	1.552	0.213
20.3 - 48.3 (ปกติ)	19	6		
Monocyte				
≤3.3 or ≥12.4 (ผิดปกติ)	86	17	0.326	0.568
3.4 - 12.3 (ปกติ)	74	12		
Basophil				
≤0.1 or ≥1.5 (ผิดปกติ)	104	11	7.121	0.008*
0.2 - 1.4 (ปกติ)	56	18		
Eosinophils				
≤0.3 or ≥9.3 (ผิดปกติ)	115	22	0.248	0.618
0.2 - 9.2 (ปกติ)	45	7		
การรับยาปฏิชีวนะขณะรับการรักษา				
ไม่มี	2	0	0.374	0.541
มี	158	29		

*p-value < 0.05

จากการวิเคราะห์พหุถดถอยลอจิสติกพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ S.agalactiae ได้แก่ อายุ 0–9 ปี (OR_{adj} = 0.40, 95% CI: 0.18-0.97, P = 0.043) การมีระดับ Hematocrit ผิดปกติ (≤36.9% or ≥60%) (OR_{adj} = 0.38, 95% CI: 0.41-0.80, P = 0.001) ความผิดปกติของจำนวนเม็ดเลือดขาว (≤4,400 or ≥11,301 cell/ µL) (OR_{adj} = 1.61, 95% CI: 1.11–2.33, P = 0.010) การตรวจพบเชื้อในน้ำไขสันหลัง (OR_{adj} = 0.38, 95% CI: 0.21-0.83, P = 0.014) และการตรวจพบเชื้อในน้ำไขข้อ (OR_{adj} = 5.97 ,95% CI: 1.18–30.15, P = 0.031) ดังตารางที่ 3 และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ S.pneumoniae คือ อายุ 0–9 ปี (OR = 4.40, 95% CI: 2.32 –8.08, P < 0.001) และการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (OR_{adj} = 1.77, 95% CI: 1.04–2.87,P= 0.034) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ S.agalactiae

ข้อมูลทั่วไป	OR_{adj}	OR	95% CI	P-value
0-9 ปี	0.40	0.42	0.18-0.97	0.043*
HEMATOCRIT	0.53	0.57	0.41-0.80	0.001*
WHITE BLOOD CELL	1.64	1.61	1.11-2.33	0.010*
CSF	0.38	0.42	0.21-0.83	0.014*
Synovial fluid	5.95	5.97	1.18-30.15	0.031*

*p-value < 0.05

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ S.pneumoniae

ข้อมูลทั่วไป	OR_{adj}	OR	95% CI	P-value
0-9 ปี	4.33	4.40	2.32-8.08	<0.001*
รับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต	1.73	1.77	1.04-2.87	0.034*

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปายผล

จากการศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของการติดเชื้อ Streptococci ชนิดรุกล้ำ ในช่วงก่อนและระหว่าง การระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดนครพนม กรณีติดเชื้อ S.agalactiae และ S.pneumoniae นั้น พบว่า การติดเชื้อ S.agalactiae พบเป็นสาเหตุสำคัญของ *neonatal sepsis* ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในหลายประเทศที่รายงานว่าเชื้อ S. agalactiae เป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อในทารกแรกเกิดทั้งในรูปแบบ Early-onset และ late-onset disease อาจเนื่องจากการที่เชื้อสามารถอยู่ในระบบทางเดินอาหารและช่องคลอดของมารดา และถ่ายทอดจากแม่ไปสู่ทารกในระหว่างการคลอด ทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดและเยื่อหุ้มสมองอักเสบในทารกแรกเกิด[6] ผู้ป่วยที่ตรวจพบการติดเชื้อ S. agalactiae มีอาการรุนแรง โดยพบความผิดปกติของเม็ดเลือดขาว (WBC) ร่วมกับการตรวจพบเชื้อในน้ำไขสันหลัง (CSF) ซึ่งบ่งชี้ถึงการติดเชื้อชนิดรุกล้ำ โดยการศึกษาครั้งนี้พบเชื้อในน้ำไขสันหลังจำนวน 17 ราย (5.47%) และสอดคล้องกับการศึกษาของ **Tavares et al.** รายงานว่า S. agalactiae เป็นสาเหตุสำคัญของเยื่อหุ้มสมองอักเสบในทารก และมักพบการติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง มีความรุนแรงและสัมพันธ์กับอัตราป่วย[10] เนื่องมาจากความสามารถของเชื้อในการผ่าน Blood–brain barrier และก่อให้เกิดการอักเสบในน้ำไขสันหลัง ส่งผลให้เกิดภาวะ meningitis และอาการรุนแรงของโรค[7]

ในส่วนการติดเชื้อ S.pneumoniae นั้นพบเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยและเสียชีวิตในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีทั่วโลก[3,8]และในประเทศไทย (Division of Epidemiology, 2026) เนื่องมาจากการที่เด็กเล็กเป็นแหล่งรังโรคสำคัญของเชื้อ มีอัตราการเป็นพาหะสูงถึงประมาณ 20–60% และระบบภูมิคุ้มกันยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ มีความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อรุนแรง เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ปอดอักเสบ และการติดเชื้อในกระแสเลือด [9] ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อมีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาใน ICU จำนวน 44 ราย (23.28%) โดยในการศึกษาครั้งนี้ตรวจพบเชื้อมากที่สุดในตัวอย่างเลือด จำนวน 162 ราย (85.71%) รองลงมาคือ ตัวอย่างน้ำไขสันหลัง จำนวน 17 ราย (9.00%) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ **Dupuis et al.** และ

Samreen et al. รายงานว่าการติดเชื้อ *S.pneumoniae* โดยเฉพาะชนิดรุกล้ำเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยรุนแรงและการเข้ารับการรักษาใน ICU ในประเทศฝรั่งเศสและซาอุดีอาระเบีย[10,11]เนื่องมาจากความสามารถของเชื้อในการก่อให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด และการแพร่กระจายไปยังอวัยวะสำคัญ รวมถึงการกระตุ้นการอักเสบอย่างรุนแรง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น Septic shock และภาวะล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ

การลดลงของผู้ป่วยในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 อาจมาจากมาตรการการควบคุม เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเว้นระยะห่างทางสังคม และ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการลดการแพร่กระจายของเชื้อทางเดินหายใจ โดยเฉพาะ S. pneumoniae ซึ่งติดต่อผ่านละอองฝอยเป็นหลัก สอดคล้องกับการศึกษาของ Brueggemann และคณะที่รายงานว่าการติดเชื้อชนิดรุกล้ำ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในหลายประเทศระหว่างการระบาดของ โควิด 19[13] รวมถึงรายงานของ World Health Organization ที่ระบุว่ามาตรการควบคุม โควิด 19 ส่งผลต่อการลดลงของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอื่น ๆ[5]

ทั้ง S.agalactiae และ S.pneumoniae ถึงแม้มีความชุกของผู้ป่วยจะลดลงในช่วงการระบาด อาจเป็นเพราะลักษณะของเชื้อที่ไม่ได้แพร่กระจายผ่านทางเดินหายใจ เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในกระแสเลือด หรือในกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Raabe และ Shane ที่อธิบายว่า Invasive group B streptococcal infections พบมากในผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยง[12]ในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 พบว่าการติดเชื้อ Streptococcus pneumoniae มีแนวโน้มลดลง ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่รายงานว่าการเกิด invasive pneumococcal disease ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ อันเป็นผลจากมาตรการควบคุมการแพร่กระจายของโรค เช่น การสวมหน้ากาก การเว้นระยะห่างทางสังคม และการลดการเดินทาง [13,14]

ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การศึกษาเป็นแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ซึ่งอาศัยข้อมูลจากเวชระเบียน ทำให้บางตัวแปรอาจมีข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือขาดความละเอียด ส่งผลต่อความถูกต้องของการวิเคราะห์ นอกจากนี้ การศึกษาเป็นที่โรงพยาบาลเดียว จึงอาจไม่สามารถสรุปผลแทนประชากรในระดับประเทศได้ทั้งหมด อีกทั้งยังไม่มีข้อมูลบางปัจจัยสำคัญ เช่น สถานะการได้รับวัคซีน ประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะก่อนเข้ารับการรักษา อาจมีผลต่อความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในบางกลุ่มมีจำนวนไม่มากพอ อาจส่งผลให้การวิเคราะห์ทางสถิติเพียงพอต่อการตรวจหาความสัมพันธ์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมการตรวจเพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง น้ำไขข้อและพิจารณาความผิดปกติของจำนวนเม็ดเลือดขาวร่วมในการประเมิน สำหรับวินิจฉัยการติดเชื้อ *S. agalactiae* ได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำยิ่งขึ้น

2. ควรให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังและการตรววินิจฉัยการติดเชื้อ S. pneumoniae ในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้สามารถให้การดูแลรักษาได้อย่างทันท่วงทีและลดความรุนแรงของโรค

เอกสารอ้างอิง

1.Ryan KJ, Ray CG.(2018). Sherris Medical Microbiology. 7th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.

2.Seale AC, Bianchi-Jassir F, Russell NJ, Kohli-Lynch M, Tann CJ, Hall J, et al.(2017). Estimates of the burden of group B streptococcal disease worldwide for pregnant women, stillbirths, and children. Lancet Infect Dis. 2017;17(6):e205-19.

3.Brden of disease caused by Streptococcus pneumoniae in children younger than 5 years. Lancet. 2009;374(9693):893–902.

4.Raabe VN, Shane AL.(2019). Group B Streptococcus (Streptococcus agalactiae). Microbiol Spectr. 2019;7

5.World Health Organization.(2023). Pneumococcal disease. Geneva: WHO; 2023.

6.Gonçalves BP, Procter SR, Paul P, et al.(2022). Group B streptococcus infection during pregnancy and infancy. Lancet Glob Health. 2022;10:e1829–e1843. PMID: 35490693.

7.Tavares T, et al.(2022). Group B Streptococcal Neonatal Meningitis. Clin Microbiol Rev. 2022;35(1):e00022-21. doi:10.1128/CMR.00022-21.

8.Burden of Streptococcus pneumoniae and Haemophilus influenzae type b disease in children.Lancet Global Health. 2018;6:e744–e757.

9.Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health (Thailand).(2026). Epidemiology and burden of invasive pneumococcal disease among children aged 0–5 years in Thailand. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2026.Availablefrom: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/ENG_Invasive%20Pneumococcal%20Pneumonia%205Y_110226.pdf

10.Dupuis C, Sabra A, Patrier J, et al. (2021).Burden of pneumococcal pneumonia requiring ICU admission in France: 1-year prognosis, resources use, and costs.Critical Care, 25(1):24.

11.AlNakhli F, et al. (2026).Invasive pneumococcal disease in children under five years in a tertiary care center, Saudi Arabia.

12.Raabe VN, Shane AL.(2019). Group B Streptococcus (Streptococcus agalactiae). Microbiol Spectr. 2019;

13.Brueggemann AB, Jansen van Rensburg MJ, Shaw D, et al. (2021).Changes in the incidence of invasive disease due to Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, and Neisseria meningitidis during the COVID-19 pandemic in 26 countries and territories.The Lancet Digital Health, 3(6), e360–e370.

14.Amin-Chowdhury Z, Aiano F, Mensah A, et al. (2021).Impact of the COVID-19 pandemic on invasive pneumococcal disease in England.Clinical Infectious Diseases, 73(5), e65–e71.

ผลการกลั่นกรองและกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบโดยชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพ กรณีศึกษาโครงการโรงแยกก๊าซและท่อส่งก๊าซธรรมชาติไทย – มาเลเซีย อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

Screening and Scoping Community-based Health Impact Assessment for Developing a Monitoring and Evaluation Model : A case study of Gas Separation Plant and Natural Gas Pipeline, Thailand – Malaysia Project, Chana District, Songkhla Province.

(Received: March 20,2026 ; Revised: March 26,2026 ; Accepted: March 29,2026)

ไบตุลมาลย์ อาแด[1] เพ็ญ สุขมาก[1] พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ[1] ซูวารี มอซู[1] อิสรา มิตรช่วยรอด[1]
Baitulman Ardae[1] Phen Sukmag[1] Pongthep Sutheravut[1] Syuwari Morsu[1] Aitsara Mitchuayrod[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อกลั่นกรองและกำหนดขอบเขตการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพจากโครงการโรงแยกก๊าซและท่อส่งก๊าซธรรมชาติไทย – มาเลเซีย อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา โดยมีวิธีการทบทวนเอกสารรายละเอียดโครงการ และวิเคราะห์รายงานผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม รายงานผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและประชุมกลุ่มย่อยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบโครงการ ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น ภาคประชาสังคม ประชาชนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โครงการ โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

ผลการศึกษา พบว่า ขั้นตอนการเตรียมการวัตถุประสงค์เพื่อคัดเลือกคณะทำงาน มีการแต่งตั้งคณะทำงานกลไกเฝ้าระวังติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชนเพื่อทบทวนรายงานและนำมาสรุปร่วมกันกับคณะทำงานทีมวิชาการ ขั้นตอนการสร้างความรู้ความเข้าใจในการติดตามประเมินผลกระทบและวิเคราะห์ความจำเป็น วัตถุประสงค์ในการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพประชาชนในการเก็บข้อมูล การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในกระบวนการติดตามเฝ้าระวังสามารถนำไปปฏิบัติได้ผ่านการมีส่วนร่วมของประชาชน และสามารถอาศัยอยู่ร่วมกันได้ระหว่างชุมชนและโครงการ การใช้ประโยชน์จากการติดตามประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน ในการจัดทำฐานข้อมูลและจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียน พร้อมทั้งจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ ในส่วนขั้นตอนการมีส่วนร่วมกำหนดประเด็นพร้อมทั้งวางแผนการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพ ประกอบด้วยประเด็น ด้านเศรษฐกิจ (รายได้,อาชีพ) ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ปริมาณสัตว์น้ำ , คุณภาพน้ำ) และด้านกายภาพ (กลิ่น, แผนที่ความเสี่ยง) โดยมีการวางแผน แนวทางการเก็บข้อมูลร่วมกันของคนในชุมชนผ่านการพัฒนาศักยภาพตัวแทนในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลการเก็บข้อมูล

คำสำคัญ : การกลั่นกรอง, การกำหนดขอบเขต, การประเมินผลกระทบทางสุขภาพโดยชุมชน

Abstract

This study was action research aimed to screen and define the scope of health impact monitoring from the Thai-Malaysian natural gas separation plant and pipeline project in Chana District, Songkhla Province. The methodology involves reviewing detailed project documents and analyzing environmental impact reports, as well as environmental and health impact reports, through in-depth interviews and focus group discussions with stakeholders. These stakeholders include project managers, representatives from government agencies, the private sector, local authorities, civil society organizations, and relevant residents in the project area. Using a purposive selection method.

The study found that the preparation process for selecting the working team involved appointing a community-based impact monitoring and evaluation mechanism team to review the report and summarize it's findings jointly with the academic team. The process of building understanding in impact assessment and needs analysis, with the objective of community-based health impact monitoring, includes developing the capacity of

[1] สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

citizens to collect data. Promoting understanding of monitoring processes can be implemented through public participation and fosters coexistence between communities and projects, leveraging community-based health impact assessments. The process involves creating a database and establishing a complaint center, as well as developing a local development plan in collaboration with local agencies. The participatory steps include identifying issues and planning for monitoring and surveillance of health impacts It comprises economic aspects (income, occupation), natural resources and the environment (aquatic animal population, water quality), and physical aspects (odor, risk mapping). A collaborative data collection plan is developed among community members through capacity building for representatives in data collection, analysis, and summarization.

Keyword; Screening, Scoping, Community-based Health Impact Assessment

บทนำ

การพัฒนาประเทศในปัจจุบันให้ความสำคัญในด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรม รวมถึงการกระจายความเจริญจากส่วนกลางไปยังภูมิภาคต่างๆของประเทศไทย เกิดโครงการ แผนงานหรือกิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนาเศรษฐกิจในระดับภูมิภาค ทั้งภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ส่งผลต่อทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเกิดความเสื่อมโทรมและปัญหามลพิษ ที่เกิดจากโครงการพัฒนาของรัฐและการประกอบกิจการของภาคเอกชนในประเภทต่างๆ เช่น อุตสาหกรรมเหมืองแร่ และการผลิตไฟฟ้าจากชีวมวล ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อมในหลายมิติ ทั้งทางกาย จิต สังคมและปัญญา แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 มีเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป็นสำคัญ[1] แต่ที่ผ่านมาแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจะมุ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นหลัก แต่กลับทำให้สังคมมีปัญหาและเกิดการพัฒนาที่ไม่สมดุล[2] เพราะมุ่งเน้นการเติบโตทางรายได้ประชาชาติและการพัฒนาอุตสาหกรรมที่มากเกินไป มีกลยุทธ์การพัฒนาชนบทให้เป็นกึ่งเมืองและกลายเป็นเมืองตามลำดับ ผลักดันผลผลิตภาคเกษตรเข้าสู่ภาคอุตสาหกรรม จึงมีการขยายตัวของอุตสาหกรรมใหม่ในหลายพื้นที่รวมถึงพื้นที่อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา การกำหนดพื้นที่อุตสาหกรรมเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับการเจริญเติบโต แต่ทว่าโครงการพัฒนาเหล่านั้นมักเป็นการพัฒนาจากบนลงล่าง โดยมิได้ให้ประชาชนในพื้นที่หรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียได้แสดงความคิดเห็นหรือร่วมตัดสินใจ ประชาชนส่วนใหญ่รับรู้โครงการพัฒนาต่างๆ ก็ต่อเมื่อเริ่มมีการก่อสร้างในพื้นที่แล้ว ทำให้บ่อยครั้งโครงการพัฒนาไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและสภาพปัญหาในพื้นที่[3]

กระบวนการสร้างการเรียนรู้ร่วมของประชาชน บุคลากรภาครัฐ และภาคเอกชน ในการร่วมมือกันเรียนรู้ถึงผลของกิจกรรมการพัฒนาต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เกิดขึ้นผ่านเครื่องมือการประเมินผลกระทบทางสุขภาพโดยชุมชน(Community Health Impact Assessment; CHIA) สามารถคาดการณ์ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งในเชิงลบและเชิงบวก และร่วมกันเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหาเกิดขึ้นแล้ว และคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งร่วมกับทบทวนทุนทางสังคมของชุมชน ทั้งด้านทรัพยากรธรรมชาติ ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นกระบวนการที่เป็นเครื่องมือเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ ที่เปิดพื้นที่ให้ภาคส่วนต่างๆ ได้พูดคุย หารือ นำเสนอข้อมูล ข้อคิดเห็น พิจารณาร่วมกัน สร้างความตระหนัก[4]

การเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบที่เปลี่ยนแปลงและนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมเฝ้าระวังโดยชุมชนมาใช้ในการออกแบบการจัดการทั้งในเชิงป้องกัน เยียวยา รักษาหรือฟื้นฟูสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้ชุมชนพัฒนาไปสู่

ทิศทางที่ชุมชนคาดหวังไว้ นำไปสู่การนำไปสู่สุขภาวะที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณีของชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างเท่าเทียมตามหลักสิทธิชุมชนและเห็นศักยภาพของชุมชน นำไปสู่การกำหนดอนาคตและการจัดการตนเองของชุมชน ชุมชนลดความสูญเสียผลกระทบด้านไม่ดีลง /เพิ่มผลกระทบด้านบวกของนโยบายสาธารณะ และชุมชนปรับปรุงแก้ไขผลกระทบได้ทันเหตุการณ์ จากข้อมูลบริบทของสถานการณ์ขั้นตอนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมโดยชุมชน มีรายละเอียดขั้นตอนดังนี้ 1) การกลั่นกรองนโยบาย แผนงาน โครงการหรือกิจกรรมโดยสาธารณะ 2) การกำหนดขอบเขตแนวทางการศึกษาและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยสาธารณะ 3) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ 4) การทบทวนร่างรายงานการศึกษาโดยสาธารณะ 5) การผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ และ 6) การติดตามประเมินผลโดยสาธารณะ[5] โดยในขั้นตอนการกลั่นกรอง และกำหนดขอบเขตการศึกษาเป็นกระบวนการที่ไม่ได้ทำเพียงการประเมินแต่ทำร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยมุ่งสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นสำคัญ งานวิจัยนี้เพื่อศึกษาผลการกลั่นกรองและกำหนดขอบเขตการติดตามเฝ้าระวังโดยนำผลที่ได้สู่การประเมินผลกระทบ และจะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ใช้เสนอแนะในการพัฒนาพื้นที่ผ่านโครงการ แผนงานหรือกิจกรรมต่างๆที่จะเกิดขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลการกลั่นกรองและกำหนดขอบเขตการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพจากโครงการโรงแยกก๊าซและท่อส่งก๊าซธรรมชาติไทย – มาเลเซีย อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง การประยุกต์ใช้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน ในการพัฒนารูปแบบติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพ กรณีศึกษาโครงการโรงแยกก๊าซและท่อส่งก๊าซธรรมชาติไทย – มาเลเซีย อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลาและโครงการเหมืองแร่หินปูนและหินดินดาน เพื่ออุตสาหกรรมปูนซีเมนต์ อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งในการดำเนินงานวิจัยมีขั้นตอนและกระบวนการวิจัย ประกอบด้วย 1) การพัฒนาร่างรูปแบบการติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชน 2) การพัฒนารูปแบบ 3) การนำรูปแบบไปทดลองปฏิบัติในพื้นที่ และ 4) การประเมินผลของการนำรูปแบบไปใช้จริงในพื้นที่ แต่ในบทความฉบับนี้จะนำเสนอขั้นตอนที่ 3 คือผลการกลั่นกรองและกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบทางสุขภาพโดยชุมชนเท่านั้น รายละเอียดดังนี้

1. ทีมวิจัยและคณะทำงานติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชน ทบทวนรายละเอียดโครงการ หน่วยงานรับผิดชอบ ประเภท ลักษณะโครงการ กระบวนการและผลผลิต/ผลลัพธ์ของโครงการ วิเคราะห์รายงานผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (EIA) รายงานผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EHIA) รายละเอียดทบทวนประกอบด้วยตัวชี้วัดที่ต้องติดตามประเมินผล ผลการติดตามตัวชี้วัดดังกล่าว ย้อนหลังอย่างน้อย 5 ปี

2. ทีมวิจัยและตัวแทนคณะทำงานติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชน สัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับผิดชอบโครงการ เกี่ยวกับรายละเอียดโครงการและของโครงการและการจัดทำรายละเอียดรายงานติดตามประเมินผล ประกอบด้วยประเภท ลักษณะผู้รับผิดชอบโครงการ กระบวนการและผลลัพธ์ของโครงการผู้จัดทำรายงานติดตามประเมิน ตัวแทนบริษัทที่ปรึกษาที่ทำงานรายงาน EIA/EHIA ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น ภาคประชาสังคมและประชาชนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โครงการ

3. ทีมวิจัยและคณะทำงานติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชนสรุปผลการทบทวนรายละเอียดโครงการ ประกอบด้วย ที่มาความสำคัญของโครงการ

กระบวนการ การประเมินผลกระทบ ตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผลกระทบ และผลการติดตามประเมินผลกระทบที่ผ่านของหน่วยงานจัดทำเป็นเอกสารนำเข้า (ฉบับที่ 1) เพื่อใช้เป็นเอกสารนำเข้าในการประชุมกลุ่มในข้อ 4

4. ทีมวิจัยและคณะทำงานติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชน ประชุมกลุ่มย่อยตัวแทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และประชาชนในพื้นที่ เพื่อกำหนดเหตุผล ความจำเป็น วัตถุประสงค์และการใช้ประโยชน์จากผลการดำเนินงานติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชน (Public Screening for M&E)

5. ทีมวิจัยและคณะทำงานติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชน ประชุมกลุ่มย่อยตัวแทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในพื้นที่ประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน สื่อมวลชน วิชาการ เพื่อกำหนดตัวชี้วัดและคัดเลือกตัวชี้วัดจากรายงานการติดตามประเมิน (ในราย EIA/EHIA) และตัวชี้วัดที่เป็นข้อห่วงกังวลของชุมชนที่ชุมชนมีข้อห่วงกังวลเพิ่มเติมเพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดในการติดตามและประเมินผลของชุมชนและร่วมวางกลไกและระบบการเฝ้าระวังของชุมชน (Public Scoping for M&E)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

การกลั่นกรองโดยสาธารณะเพื่อการติดตามระวังผลกระทบโดยชุมชน (Public screening for M&E) ประกอบด้วย คณะทำงานเฝ้าระวังติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชนที่ถูกคัดเลือก จำนวน 15 คน คณะทำงานสนับสนุนและส่งเสริมการทำ M&E โดยชุมชน (นักวิชาการในสถาบันศึกษา) จำนวน 4 คน และประชาชนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 50 คน

การกำหนดขอบเขตโดยสาธารณะเพื่อการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบโดยชุมชน (Public scoping for M&E) ประกอบด้วย คณะทำงานเฝ้าระวังติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชน จำนวน 15 คน คณะทำงานสนับสนุนและส่งเสริมการทำ M&E โดยชุมชน (นักวิชาการในสถาบันการศึกษา) จำนวน 4 คน ประชาชนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ตำบลตลิ่งชันและตำบลสะกอม จำนวน 50 คน และกลไกคณะทำงานเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย บัณฑิตอาสา อาสาสมัครท้องถิ่นรักษ์โลก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สภาเด็กและเยาวชนตำบล และตัวแทนชุมชน

การเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่เกี่ยวกับโครงการโรงแยกก๊าซและท่อส่งก๊าซธรรมชาติไทย-มาเลเซีย อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น ภาควิชาการ ภาคประชาสังคมและประชาชนในพื้นที่

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกการทบทวนเอกสารรายงานวิจัย มีค่า IOC= 0.88 2) แบบบันทึกการสังเกต มีค่า IOC= 1 3) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก เจ้าของโครงการ หน่วยงานเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ชุมชน ท้องถิ่น เอกชน และภาคประชาชน มีค่า IOC= 1 4) แนวคำถามประชุมกลุ่มย่อยตัวแทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในขั้นตอนการกลั่นกรองโดยสาธารณะสำหรับการติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชน มีค่า IOC= 1 และ 5) แนวคำถามประชุมกลุ่มย่อยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในขั้นตอนการกำหนดขอบเขตโดยสาธารณะสำหรับการติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชน มีค่า IOC= 1 โดยเครื่องมือผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้ได้ร่วมกันพิจารณา ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และมีการใช้อุปกรณ์บันทึกเสียงในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการจดบันทึกตลอดการประชุมกลุ่มย่อยของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. จัดระเบียบข้อมูลทางกายภาพ ประกอบด้วย การถอดเทปบันทึกเสียงและบรรณาธิกรณ์ข้อมูล การจัดเก็บข้อมูลไว้ใน File Electronic เพื่อความปลอดภัยและความสะดวกในการนำมาใช้และดำเนินการจัดระเบียบเนื้อหา โดยนำข้อความหรือประโยคที่มีความหมายเหมือนกัน หรือ

ใกล้เคียงกัน มารวมในกลุ่มเดียวกัน ตั้งชื่อตามคำสำคัญ จัดประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นกลุ่มย่อย (Sub - Theme) ที่อยู่ภายใต้ความหมายของประเด็นหลัก หลังจากนั้นทำการคัดเลือกข้อความต่างๆ ในข้อมูลที่มีความหมายตรงตามประเด็นที่จะทำการวิเคราะห์

2. การแสดงข้อมูล และการหาข้อสรุปก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยจะใช้ตารางในการจัดกลุ่มประเภทและจัดหมวดหมู่ (Categories) ตามประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นย่อย (Sub - Theme) และดัชนีข้อมูล (Indexing) อธิบายและวิเคราะห์แบบของความหมาย (Meaning of Pattern) ของปรากฏการณ์ที่ค้นพบทั้งสิ่งที่สอดคล้อง ขัดแย้งกัน หรือสิ่งที่เหมือน/ต่าง ผู้วิจัยจะอ่านซ้ำ หลาย ๆ ครั้ง เพื่อแปรความหมาย (Interpret) เพื่อนำไปสู่การเรียบเรียงระบบข้อมูลและสรุปข้อค้นพบ และนำไปเขียนพรรณนาและวิเคราะห์ปรากฏการณ์ในการตอบประเด็นศึกษาที่กำหนดไว้

3. การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบ 2 วิธีคือ 1) การตรวจสอบภายใน โดยทีมวิจัยจะสำรวจคุณภาพของข้อมูล วิธีการ เก็บข้อมูลและวิธีการวิเคราะห์ ว่ามีคุณภาพ น่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด 2) การตรวจสอบภานนอก โดยจะฟังเสียงสะท้อน ข้อเสนอของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในขั้นตอนการทำ Expert and Community Judgement และ ขั้นตอน Public review (ตามรายละเอียดที่ระบุไว้ในขั้นตอนการวิจัย)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสรับโครงการ PSU IRB 2024 – LL – Ppi – 031 (Internal) พิทักษ์โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้ทราบทุกราย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล โดยไม่เปิดเผยชื่อ สกุลของผู้ให้ข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้เฉพาะในการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้นโดยระหว่างตอบคำถามหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถามกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล

ผลการวิจัย

ผลการนำรูปแบบไปปฏิบัติในพื้นที่ ทีมวิจัยและคณะทำงาน ประชุมทบทวนรายละเอียดโครงการโรงแยกก๊าซและท่อส่งก๊าซธรรมชาติไทย - มาเลเซีย อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องกับโครงการ ผู้รับผิดชอบโครงการ ผู้รับผิดชอบการจัดทำรายงาน M&E ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน ทีมวิจัยและคณะทำงานติดตามประเมินประเมินผลกระทบโดยชุมชนสรุปผลการทบทวนรายละเอียดโครงการ ประกอบด้วย ที่มาและความสำคัญของโครงการ กระบวนการประเมินผลกระทบ ตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผลกระทบและผลการติดตามประเมินผลกระทบที่ผ่านมาของหน่วยงาน เพื่อจัดทำเอกสารนำเข้าในกระบวนการประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์และทิศทางของการทำ M&E โดยชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และการจัดตั้งคณะทำงาน (Public Screening) ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน M&E โดยชุมชนให้มีความรู้ มีความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์รายงาน M&E ของโครงการเพื่อสรุปและผลิตเป็นเอกสารหรือสื่อที่สามารถสื่อสารให้ชุมชนเข้าใจ ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกประเด็นที่ชุมชนจะดำเนินการ M&E พร้อมทั้งวางแผนปฏิบัติการ (Public Scoping) โดยสามารถสรุปดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปผลการกลั่นกรองและกำหนดขอบเขตการประเมินผลโดยชุมชน

ขั้นตอน	กระบวนการ/วิธีการ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ผลผลิต/ผลลัพธ์	หมายเหตุ
ขั้นตอนการเตรียมการวัตถุประสงค์เพื่อคัดเลือกคณะทำงาน	1.คณะทำงานสนับสนุนและส่งเสริมการทำ M&E โดยชุมชน (นักวิชาการในสถาบันการศึกษา) ดำเนินการหารือแบบไม่เป็นทางการกับแกนนำชุมชนในพื้นที่เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน 2.คณะทำงานสนับสนุนและส่งเสริมการทำ M&E (นักวิชาการในสถาบันการศึกษา) คัดเลือกคณะทำงานติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนโดยการวิเคราะห์กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยกำหนดระดับความสำคัญของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตามหลักวิชาการและนำมาหารือกับแกนนำชุมชนเพื่อให้ความเห็นและสรุปคนที่จะเป็นคณะทำงาน 3.คณะทำงานสนับสนุนและส่งเสริมการทำ M&E (นักวิชาการในสถาบันการศึกษา) โดยชุมชนประเมินความสามารถของคณะทำงานติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนในการอ่านและทบทวนรายงานผลการติดตามผลปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อมและมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม (รายงาน M&E) ของโครงการ 4.คณะทำงานสนับสนุนและส่งเสริมการทำ M&E โดยชุมชน (นักวิชาการในสถาบันการศึกษา) และคณะทำงานเฝ้าระวังติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชนที่แต่งตั้งขึ้น 15 คน ร่วมกันวิเคราะห์กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมาย(จำนวน 50 – 100 คน ขึ้นกับขั้นตอน CHIA) ที่จะมาเข้าร่วมปฏิบัติการในขั้นตอนการนำรูปแบบไปปฏิบัติในพื้นที่ตามขั้นตอน CHIA ที่กำหนดไว้	1.คณะทำงานสนับสนุนและส่งเสริมการทำ M&E โดยชุมชน (นักวิชาการในสถาบันการศึกษา) 2. แกนนำชุมชนภาคประชาสังคมที่ขับเคลื่อนงานในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่องทั้งกลุ่มสนับสนุนและกลุ่มคัดค้านที่ร่วมหารือเบื้องต้นจำนวน 3-5 คน (ดำเนินการแยกกลุ่ม) 3.คณะทำงานเฝ้าระวังติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชนที่ถูกคัดเลือก จำนวน 15 คน	1. เกิดคณะทำงานกลไกเฝ้าระวังติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชน จำนวน 15 คน ประกอบด้วย 1) ภาคประชาชนและชุมชน 6 คน 2) ภาคเอกชน 1 คน 3) หน่วยงานภาครัฐ 3 คน 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน 5) ภาควิชาการ 2 คน 6) ผู้นำศาสนาและผู้นำทางความคิด 2 คน โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานการติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชนเพื่อพัฒนารูปแบบ การติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพ	**องค์ความรู้ที่ใช้** - วิธีการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder analysis) **ข้อจำกัด** 1.ชุมชนไม่สามารถเข้าถึงเล่มรายงานการติดตามผลปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อมและมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม (รายงาน M&E) ของโครงการ 2.ชุมชนไม่มีความสามารถในการอ่านได้เนื่องจากจำนวนรายงานมีจำนวนมากหลายหน้า และมีศัพท์เทคนิคที่เข้าใจยากดังนั้นในการพัฒนารูปแบบการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบโดยชุมชนที่เริ่มต้นจากการศึกษาบริบทพื้นที่ บริบทโครงการและการทบทวนระบบการติดประเมินผลที่มีอยู่แล้วตามที่กฎหมายกำหนด ควรมีคณะทำงานสนับสนุนและส่งเสริมการทำ M&E โดยชุมชน (นักวิชาการในสถาบันการศึกษา) ช่วยทบทวนรายงานดังกล่าวและมาสรุปร่วมกับคณะทำงานติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนอีกครั้งบทเรียน ข้อจำกัดการพัฒนารูปแบบการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบโดยชุมชน ในพื้นที่ ๆ มีความขัดแย้ง ในการหารือเบื้องต้น จำเป็นต้องดำเนินการแยกแต่ละกลุ่ม รวมทั้งการเสนอรายชื่อตัวแทนแต่ละกลุ่มมาเป็นคณะทำงานก็ดำเนินแยก เมื่อได้รายชื่อตัวแทนก็นำมาหารือกับแกนนำแต่ละกลุ่มอีกครั้ง เพื่อให้เกิดการยอมรับเบื้องต้น
การสร้างความรู้ความเข้าใจในการ	1.คณะทำงานสนับสนุนและส่งเสริมการทำ M&E โดยชุมชน (นักวิชาการในสถาบันการศึกษา)ดำเนินการ	1. คณะทำงานเฝ้าระวังติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชน จำนวน 15 คน	**1.ผลการประชุมกลุ่มชุมชนระบุความจำเป็นและวัตถุประสงค์ในการ**	**องค์ความรู้ที่ใช้**

ตารางที่ 1 สรุปผลการกลั่นกรองและกำหนดขอบเขตการประเมินผลโดยชุมชน

ขั้นตอน	กระบวนการ/วิธีการ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ผลผลิต/ผลลัพธ์	หมายเหตุ
ติดตามประเมินผลกระทบด้านสุขภาพและวิเคราะห์ความจำเป็นในการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน (Public Screening for M&E)	ทบทวนเอกสารดังนี้ 1) รายละเอียดโครงการ ประกอบด้วยที่มาความสำคัญของโครงการ วัตถุประสงค์ กระบวนการผลิต ผลลัพธ์2) รายงานผลการปฏิบัติตามมาตราการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม 3) รายงานตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม 2.คณะทำงานสนับสนุนและส่งเสริมการทำ M&E โดยชุมชน (นักวิชาการในสถาบันการศึกษา) จัดทำสรุปผลการทบทวน นำมาหารือ อภิปรายกับคณะทำงานเฝ้าระวังติดตามประเมินผลโดยชุมชน เพื่อหาข้อสรุปและนำไปจัดทำเป็นเอกสารนำเข้า ในการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในขั้นตอนต่อไป 3.จัดประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อกลั่นกรองความจำเป็นและขอบเขตการประเมินเพื่อเฝ้าระวังติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชน โดยเริ่มจากคณะทำงานเฝ้าระวังติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชนนำเสนอสรุปรายละเอียดโครงการและดำเนินการให้กลุ่มอภิปรายและร่วมพิจารณาเหตุผล ความจำเป็นวัตถุประสงค์และการใช้ประโยชน์จากผลการติดตามประเมินผลโดยชุมชน	2.คณะทำงานสนับสนุนและส่งเสริมการทำ M&E โดยชุมชน (นักวิชาการในสถาบันการศึกษา จำนวน 4 คน 3. ประชาชนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ตำบลตลิ่งชันและตำบลสะกอม จำนวน 50 คน ที่ได้จากการวิเคราะห์กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตามหลักวิชาการ และดำเนินการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง	**ติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน ประกอบด้วย** 1) เพื่อพัฒนาศักยภาพประชาชนในในการเก็บข้อมูลในการติดตามเฝ้าระวัง 2) เพื่อให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการติดตามเฝ้าระวังสามารถนำไปปฏิบัติได้ 3) เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการติดตามเฝ้าระวังประเมินผลกระทบ 4) เพื่อสามารถอยู่ร่วมกันได้ระหว่างชุมชนและโครงการ 5) เพื่อให้มีการจัดตั้งกองทุน M&E โดยชุมชน **2. การใช้ประโยชน์จากการทำ ติดตามประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน** 1) จัดทำฐานข้อมูลผลการติดตามประเมินผลโดยชุมชน 2) จัดตั้ง “ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน” 3) จัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่	- กรอบแนวคิดเชิงตรรกะสำหรับการประเมิน (Logic Model) ในการทบทวนรายละเอียดโครงการ **<u>บทเรียน</u>** -การใช้แผนที่เป็นเครื่องมือในการให้ทำงานและผู้เข้าร่วมประชุมเห็นพื้นที่ และช่วยกันบันทึกข้อมูล ปักหมุด รายละเอียดแหล่งทรัพยากร สถานที่สำคัญ สำคัญรวมทั้งที่ตั้งของโรงงานอุตสาหกรรม ทำให้ผู้เข้าร่วม เข้าใจบริบทและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการดังกล่าว ทำให้ทั้งกลุ่มที่เคยขัดแย้งเห็นภาพเดียวกัน ทั้งศักยภาพ และผลกระทบที่ได้รับ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่จะวิเคราะห์ผลกระทบได้เป็นระบบมากขึ้น
การมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นพร้อมทั้งวางแผนการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน (Public scoping for M&E)	1.คณะทำงานสนับสนุนและส่งเสริมการทำ M&E โดยชุมชน (นักวิชาการในสถาบันการศึกษา) จัดประชุมคณะทำงานเฝ้าระวังติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชน และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อกำหนดประเด็น ตัวชี้วัด ข้อห่วงกังวลของชุมชน โดยนำผลการวิเคราะห์ความจำเป็นในการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนมาเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด ตามมาตรการติดตามเฝ้าระวังของโครงการในพื้นที่ 2. คณะทำงานสนับสนุนและส่งเสริมการทำ M&E	1. คณะทำงานเฝ้าระวังติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชน จำนวน 15 คน 2.คณะทำงานสนับสนุนและส่งเสริมการทำ M&E โดยชุมชน (นักวิชาการในสถาบันการศึกษา) จำนวน 4 คน 3. ประชาชนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ตำบลตลิ่งชันและตำบลสะกอม จำนวน 50 คน 4. กลไกคณะทำงานเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย	**1.ผลการประชุมกลุ่มระบุประเด็นการเฝ้าระวังติดตามประเมินผลโดยชุมชน** 1. ด้านเศรษฐกิจ (รายได้ / อาชีพ) 2. ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ปริมาณสัตว์น้ำ / คุณภาพน้ำ 3. ด้านกายภาพ (กลิ่น / แผนที่เพื่อการจัดการทรัพยากร)	**องค์ความรู้ที่ใช้** - หลักการแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ - วิธีการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย - แผนที่ความเสี่ยง Google Earth - การพัฒนา Application ในการตรวจสอบกลิ่นตามแนวทางการตรวจสอบกลิ่นรบกวน (กรมอนามัย) - แนวทางการตรวจคุณภาพน้ำโดยใช้แมลง (กรมอนามัย) - แนวทางการสำรวจพันธุ์สัตว์น้ำ

ตารางที่ 1 สรุปผลการกลั่นกรองและกำหนดขอบเขตการประเมินผลโดยชุมชน

ขั้นตอน	กระบวนการ/วิธีการ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ผลผลิต/ผลลัพธ์	หมายเหตุ
	โดยชุมชน (นักวิชาการในสถาบันการศึกษา) คณะทำงานติดตามเฝ้าระวังผลกระทบโดยชุมชนและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมกันออกแบบเครื่องมือเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลตามประเด็นที่ผู้เข้าร่วมประชุมลงมติ 3. คณะทำงานสนับสนุนและส่งเสริมการทำ M&E โดยชุมชน (นักวิชาการในสถาบันการศึกษา) ร่วมกับคณะทำงานติดตามเฝ้าระวังผลกระทบโดยชุมชน และกลไกสนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ตัวแทนจากสภาเด็กและเยาวชนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครท้องถิ่นรักษ์โลก บัณฑิตอาสา กลไกจิตอาสา และตัวแทนกลุ่มในชุมชน ร่วมจัดทำแผนการเก็บข้อมูลตามประเด็นตัวชี้วัดจากกิจกรรม ตามแนวทางวิทยาศาสตร์พลเมือง (Citizen Science) โดยการจดบันทึก สังเกต และใช้ Application ในการบันทึกข้อมูล 4. คณะทำงานติดตามเฝ้าระวังผลกระทบโดยชุมชนและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลในแผนที่ความเสี่ยง เพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลจากตัวแทนชุมชนในการเก็บข้อมูลผลกระทบที่เกิดขึ้นในพื้นที่	บัณฑิตอาสาอาสาสมัครท้องถิ่นรักษ์โลก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สภาเด็กและเยาวชนตำบล และตัวแทนชุมชน	4.แผนปฏิบัติการเฝ้าระวังติดตามประเมินผลโดยชุมชน 5.เครื่องมือ เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยเครื่องมือแบบบันทึกการตรวจคุณภาพน้ำ แบบสำรวจพันธุ์สัตว์น้ำ แบบสำรวจกลุ่มวิสาหกิจชุมชน แผนที่ความเสี่ยง และ Application ตรวจสอบกลิ่น6.แนวทางการเก็บข้อมูล โดยการพัฒนาศักยภาพตัวแทนเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลการเก็บข้อมูล	(ศูนย์วิจัยและพัฒนาประมงทะเลสงขลา) - การสำรวจกลุ่มวิสาหกิจชุมชน (กรมส่งเสริมการเกษตร)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการกลั่นกรองและกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบโดยชุมชน ประกอบด้วย ขั้นตอนการเตรียมการวัตถุประสงค์เพื่อคัดเลือกคณะทำงาน การสร้างความรู้ความเข้าใจในการติดตามประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และวิเคราะห์ความจำเป็นในการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน (Public Screening for M&E) และการมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นพร้อมทั้งวางแผนการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน (Public scoping for M&E) รายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการเตรียมการ ขั้นตอนนี้ทีมวิจัยตั้งคำถาม ว่า 1.ในการพัฒนารูปแบบการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบโดยชุมชนในพื้นที่ ๆ มีความขัดแย้งมายาวนาน ชุมชนมีความสนใจจะร่วมดำเนินการหรือไม่ หากชุมชนสนใจ จะมีแผนการทำงานร่วมกันอย่างไร คณะทำงานควรเป็นใครบ้าง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจเตรียมความพร้อมของชุมชนก่อน เนื่องการพื้นที่

ศึกษาเป็นพื้นที่ ๆ มีความขัดแย้งมายาวนาน การสร้างการยอมรับเป็นขั้นตอนสำคัญก่อนที่จะมาศึกษาบริบทของพื้นที่ โดยเฉพาะการศึกษาบริบทของโครงการที่ทีมวิจัยให้ความสำคัญ และมีการทบทวนอย่างละเอียดร่วมกันระหว่างนักวิจัยและคณะทำงานของชุมชน แต่ยังพบข้อจำกัดของคณะทำงานเฝ้าระวังติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชนด้าน การเข้าถึง และความสามารถในการอ่านและทบทวนรายงานผลการติดตามผลปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อมและมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อม (รายงาน M&E) ของโครงการ ซึ่งทางบริษัท ได้ส่งรายงานไปให้หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ และทางท้องถิ่นไม่มีคนอ่านรายงานได้ เนื่องจากรายงานมีจำนวนมากกว่าร้อยหน้า และเป็นศัพท์เทคนิคที่เข้าใจยาก ในการศึกษาครั้งนี้คณะทำงานวิชาการต้องเข้าไปดำเนินการอ่านรายงาน สรุปและนำมาสื่อสารทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับคณะทำงานของชุมชน

ขั้นตอนการสร้างความรู้ความเข้าใจในการติดตามประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และวิเคราะห์ความจำเป็นในการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน (Public Screening for M&E) ทีมวิจัยเริ่มจากคำถามในขั้นตอนนี้คือ 1) .โครงการมีการดำเนินการติดตามเฝ้าระวังตามที่กฎหมายกำหนดอยู่แล้ว ชุมชนความจำเป็นต้องดำเนินการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังติดตามประเมินผลโดยชุมชนหรือไม่ 2).หากชุมชนจำเป็นต้องดำเนินการ จะมีวัตถุประสงค์เพื่ออะไร และจะใช้ประโยชน์จากการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบอย่างไร? 3) บริบทของโครงการเป็นอย่างไร ผลลัพธ์จากขั้นตอนนี้ คือ 1) เพื่อพัฒนาศักยภาพประชาชนในในการเก็บข้อมูลในการติดตามเฝ้าระวัง 2) เพื่อให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการติดตามเฝ้าระวังสามารถนำไปปฏิบัติได้ 3) เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการติดตามเฝ้าระวังประเมินผลกระทบ 4) เพื่อสามารถอยู่ร่วมกันได้ระหว่างชุมชนและโครงการ และ5) เพื่อให้มีการจัดตั้งกองทุน M&E โดยชุมชน ผลลัพธ์ความคาดหวังของชุมชนจะนะสอดคล้องกับแนวทาง การติดตามประเมินผลโดยชุมชน (Community – based monitoring; CBM) ที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจที่มีข้อมูลชุมชนครอบคลุมครบถ้วนและโปร่งใส รูปแบบการเฝ้าระวังติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชน มีหลายรูปแบบหลายแนวทาง แต่ละแนวทางมีแนวคิด หลักการและจุดเน้นที่แตกต่างกัน แต่โดยส่วนใหญ่พบว่ามีจุดเน้นร่วมคือการให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพ เช่น กรณี การพัฒนาแนวทาง CBM ในการติดตามเฝ้าระวังคุณภาพอากาศ เฝ้าระวัง PM 2.5, PM 10^{6} เมืองบอสตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีแรงจูงใจในการพัฒนาระบบติดตามเฝ้าระวังโดยชุมชนเนื่องจากชุมชนมีข้อห่วงกังวลต่อการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคระบบทางเดินหายใจ กรณีนี้ชุมชนระบุปัญหาและกำหนดกรอบการติดตามโดยชุนเอง ต่างจากพื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ทั้งพื้นที่อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา และอำภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ที่นักวิชาการร่วมกับแกนนำชุมชนในการออกแบบกรอบการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบของชุมชน และสอดคล้องกับกรณีการเฝ้าระวังระบบนิเวศน์ ความหลากหลายของนก และการเปลี่ยนแปลงของสันทรายริมทะเล[7] ที่พบว่าแรงจูงใจสำคัญในการพัฒนาระบบติดตามเฝ้าระวังเกิดจากการสนทนาถึงสิ่งแวดล้อมที่สำคัญต่อการพักผ่อนหย่อนใจ ประสิทธิภาพของระบบการติดตามเกิดจากความสนใจของชุมชน การออกแบบมีส่วนร่วมที่มองแบบองค์รวม ใช้ข้อมูลชุมชนในการติดตามเฝ้าระวังมีการประชุมสม่ำเสมอ ซึ่งในการพื้นที่จะนะ มีแกนนำชุมบางส่วนเก็บข้อมูลทรัพยากรพื้นที่อยู่บ้าง แต่ไม่ได้ทำร่วมกับหน่วยงาน เครือข่ายอื่น ๆ กระบวนการ CHIA เพื่อการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบครั้งนี้ ทำให้ชุมชนได้เรียนรู้และมีการใช้ผลจากการศึกษามาสื่อสาร ทำความเข้าใจร่วมกันมากขึ้น แต่ยังไม่สามารถนำผลการติดตาม เฝ้าระวังไปใช้ในการผนวกกับรายงานของบริษัทที่ปรึกษาได้ในระยะการศึกษาครั้งนี้ หากมีการทำความเข้าใจกับ

ทางเจ้าของโครงการอย่างต่อเนื่อง ในระยะยาวอาจมีความเป็นไปได้ในการบูรณาการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้วยกัน ส่วนกรณีมวกเหล็ก พบว่า ข้อมูลจากการเก็บโดยชุมชนสามารถใช้เปรียบเทียบกับข้อมูลจากบริษัทที่ปรึกษาได้บางส่วน โดยเฉพาะค่าฝุ่น PM10 และระดับเสียง ซึ่งสร้างความโปร่งใสและความเชื่อมั่นในกระบวนการติดตามผลมากขึ้น

ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นพร้อมทั้งวางแผนการติดตามเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน (Public scoping for M&E) คำถามสำคัญในขั้นตอนนี้คือ หากจำเป็นต้องติดตามเฝ้าระวังผลกระทบโดยชุมชน คณะงานจะเลือกประเด็นอะไรมาติดตามเฝ้าระวัง และจะเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างไร ใครเก็บ เก็บพื้นที่ไหน ช่วงเวลาใด แผนการดำเนินงานเป็นอย่างไร? ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้ครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งด้าน ด้านเศรษฐกิจ (รายได้ / อาชีพ) ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ปริมาณสัตว์น้ำ / คุณภาพน้ำ) ด้านกายภาพ (กลิ่น / แผนที่เพื่อการจัดการทรัพยากร) ในหลายกรณีศึกษาส่วนใหญ่ตัวชี้วัดในการเฝ้าระวังผลกระทบจะเป็นมิติด้านสิ่งแวดล้อมเช่น การติดตามเฝ้าระวังคุณภาพอากาศเฝ้าระวัง PM 2.5, PM 10[6]การเฝ้าระวังระบบนิเวศน์ความหลากหลายของนก และการเปลี่ยนแปลงของสันทรายริมทะเล[7] ความปลอดภัยจากอันตรายจากสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เช่นแบคทีเรีย (toxigenic cyanobacteria) ในน้ำ[8] การตรวจติดตามคุณภาพน้ำ ด้านกายภาพ เคมี สารปนเปื้อนและการเก็บตัวอย่างทางชีวภาพ และการพัฒนาระบบการตรวจติดตามน้ำ เช่นปริมาณน้ำฝน ระดับน้ำ กระแสน้ำไหล และปริมาณตะกอนในทวีปแอฟริกาใต้ 2004[9] การตรวจสอบปลา ที่ตั้ง ข้อมูลปลา และการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม[10] การตรวจสอบทางอุทกวิทยา สภาพอากาศ การไหลของแม่น้ำ การวัดน้ำใต้ดินจากตัวอย่างข้างต้นจะเห็นว่าตัวชี้วัดของระบบการติดตามประเมินผลกระทบโดยชุมชนในต่างประเทศส่วนใหญ่มักเป็นประเด็นด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ทั้งคุณภาพดิน น้ำ อากาศ ความหลากหลายทางชีวภาพ แต่กรณี จะนะ มีตัวชี้วัดด้านเศรษฐกิจ เช่นเรื่องรายได้ อาชีพ กลุ่มวิสาหกิจด้วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนยกระดับกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลการสำรวจพบกลุ่มวสาหกิจในพื้นที่จำนวนมาก แต่มีกลุ่มที่ไม่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องมากเช่นกัน และกลุ่มที่ดำเนินการอยู่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาหารทะเล ยังไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งมีโอกาสในการพัฒนาและต่อยอดในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาแนวทางการกลั่นกรองและกำหนดขอบเขตการประเมินผลโดยชุมชนในพื้นที่แหล่งอุตสาหกรรมควบคู่กับการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม (EIA) หรือการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EHIA) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนา เปิดโอกาสให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแสดงความคิดเห็นข้อห่วงกังวล การเสนอแนะทางเลือกในการพัฒนาและเปิดโอกาสในการรับรู้อย่างรอบด้านทั้ง ภูมิปัญญา องค์ความรู้ในชุมชนในบุคคล หรือความรู้จากผู้เชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์เฉพาะ ก่อนขั้นตอนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ(Appraisal) ซึ่งจะสามารถทำให้เข้าใจถึงข้อห่วงกังวลของชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงสิ่งที่ชุมชน สังคมให้คุณค่าหรือให้ความสำคัญ อันนำไปสู่ความเข้าใจว่าอะไรคือปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพที่ชุมชนสังคมให้ความสำคัญ และสามารถมองเห็นความเชื่อมโยงต่อการพัฒนาแหล่งอุตสาหกรรมในพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

บทความฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ประจำปี 2568

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the National Economic and Social Development Board. (2016) . National Economic and Social Development Plan No. 12 (2017-2021). Bangkok: Prime Minister's Office.
2. Wongcha-um, S. (2011). National Development Planning. Bangkok: Petchrung Printing Center.
3. Singsri, A. (2017). Conflict from a Mega Industrial Development Project: A Case Study of Rayong Industrial Estate Park Project (BANKHAI). Unpublished Master's Thesis. Bangkok: National Institute of Development Administration.
4. สาลินี ประพฤติ, ซอปียะห์ นิมะและ เพ็ญ สุขมาก.(2561). ผลของการกลั่นกรองจากการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ โดยชุมชนในการจัดการขยะรีไซเคิล กรณีศึกษาเทศบาลตำบลพรุใน อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา. Thaksin University Online Journal 2022; 2022(1), 1-9.
5. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2560). หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทคุณาไทย จำกัด (วนิดาการพิมพ์).
6. N. Hodas, M. Loh, H.-M. Shin, D. Li, D. Bennett, T. E. McKone, O. Jolliet, C. J. Weschler, M. Jantunen, P. Lioy, P. FantkeIndoor. (2015). Inhalation intake fractions of fine particulate matter: review of influencing factors.
7. G. Lajoie., T. M., Herrmann, G. A. MacMillan., E. H. Houle., M., Monfette., J. A. Rowell, T. A. Soucie, H. Snowball, E. Townley, E. Levesque, M. Amyot, J. Franssen and J. P. Dedieu. (2018). IMALIRIJIT: a community-based environmental monitoring program in the George River watershed, Nunavik, Canada: 381-399
8. Olga I., Rudko, Artemii V., Tretiakov, Elena A. Naumova, Eugene A. Klimov. (2020). Role of PPARs in Progression of Anxiety: Literature Analysis and Signaling Pathways Reconstruction.
9. V. M. Kongo, J. R. Kosgei, G. P. W. Jewitt, and S. A. Lorentz. (2010). Establishment of a catchment monitoring network through a participatory approach in a rural community in South Africa.
10. A. F. P. Oviedo and M. Bursztyn, (2017). Community-based monitoring of small-scale fisheries with digital devices in Brazilian Amazon.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ

DEVELOPMENT OF A MODEL FOR PREVENTING MULTI-DRUG RESISTANT TUBERCULOSIS AMONG TUBERCULOSIS PATIENTS IN SISAKET PROVINCE.

(Received: March 22,2026 ; Revised: March 26,2026 ; Accepted: March 29,2026)

เตือนใจ แสร์สินธุ์[1] อารี บุตรสอน[2] นพดล พิมพ์จันทร์[3]
Tuanjai Saesin[1] Aree Butsorn[2] Noppadol Pimchan[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ผู้ป่วยวัณโรค ครอบครัวผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และแพทย์ รวม 54 คน โดยการประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วงรอบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2569 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 1) มาตรการกำกับเวลา “2-2-2” เพื่อการตอบสนองรวดเร็วของระบบบริการ 2) การค้นหาเชิงรุกและเฝ้าระวังในชุมชน 3) การวินิจฉัยรวดเร็วและการจัดการทางคลินิกแบบเร่งรัด 4) การบริหารจัดการยาและความปลอดภัยทางยาแบบมาตรฐาน 5) ระบบส่งต่อและการสื่อสารข้อมูลแบบไร้รอยต่อ และ 6) การกำกับการรักษาต่อเนื่องและพลังเครือข่ายสามประสาน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ วัณโรคดื้อยาหลายขนาน ผู้ป่วยวัณโรค

Abstract

This action research aimed to develop a model for the prevention of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) among tuberculosis patients in Sisaket Province, Thailand. The participants involved in developing the model consisted of tuberculosis patients, family members who had contact with TB patients, community leaders, members of Subdistrict Administrative Organizations, village health volunteers, public health academics, professional nurses, pharmacists, and physicians, totaling 54 participants. The study applied the action research approach two cycles. Data were collected using questionnaires developed by the researchers over a 12-week period from December 2025 to February 2026. Data analysis was conducted through data compilation, categorization, and content analysis.

The findings revealed that the model for preventing multidrug-resistant tuberculosis among TB patients in Sisaket Province consisted of six key components: (1) the “2-2-2” time-control measure to enhance rapid response of the health service system, (2) proactive case finding and community surveillance, (3) rapid diagnosis and accelerated clinical management, (4) standardized drug management and medication safety, (5) a seamless referral and information communication system, and (6) continuous treatment supervision supported by a tripartite network.

Keywords: Model development, Multidrug-resistant tuberculosis, Tuberculosis patients

[1] Public Health Officer, Sisaket Provincial Public Health Office, Sisaket Province

[2] Lecturer, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University Corresponding author: Email: aree.b@ubu.ac.th

[3] Sanom District Public Health Office, Surin Province

บทนำ

วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-Resistant Tuberculosis: MDR-TB) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis ซึ่งดื้อต่อยารักษาหลักสองชนิด ได้แก่ ไอโซไนอาซิด (isoniazid) และไรแฟมพิซิน (rifampicin) วัณโรคดื้อยาเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาประมาณ 500,000 รายทั่วโลก ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โดยเฉพาะอินเดีย จีน และรัสเซีย (WHO, 2023) ในประเทศไทย ปี 2566 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำจำนวน 78,955 ราย ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB จำนวน 886 ราย ผู้ป่วย Pre XDR-TB จำนวน 56 ราย และผู้ป่วย XDR-TB จำนวน 6 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ขณะที่ปี 2567 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 111,000 ราย และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB จำนวน 2,700 ราย รวมทั้งผู้ป่วย Pre XDR-TB จำนวน 50 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จังหวัดศรีสะเกษเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดวัณโรคสูง โดยปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำจำนวน 1,068 ราย และในปี พ.ศ. 2565 มีอัตราการเกิดวัณโรค 150 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ปีงบประมาณ 2567 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำจำนวน 2,021 คน อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาร้อยละ 88.2 และพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB จำนวน 11 ราย[1]

วัณโรคดื้อยาหลายขนานมีความยุ่งยากและซับซ้อนในการรักษา เนื่องจากยาที่ใช้รักษามีความเป็นพิษสูงและอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถทนต่อการรักษาได้จนจบกระบวนการ ส่งผลให้อัตราการรักษาล้มเหลวและอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าวัณโรคทั่วไป อีกทั้งยังก่อให้เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง โดยเฉลี่ยประมาณ 200,000 บาทต่อราย และอาจเพิ่มขึ้นเป็น 1–2 ล้านบาทต่อรายในกรณีวัณโรคดื้อยารุนแรงมาก รวมทั้งต้องใช้ระยะเวลาการรักษานานประมาณ 18–24 เดือน (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพได้ วัณโรคดื้อยาเกิดขึ้นจากการใช้ยารักษาวัณโรคที่ไม่ถูกต้อง เช่น การกำหนดแนวทางการรักษาที่ไม่เหมาะสม การบริหารจัดการระบบยาไม่ดี การกำกับการกินยาไม่เข้มงวด การขาดแคลนยา หรือการใช้ยาที่ไม่มีคุณภาพ (กรมควบคุมโรค, 2567) นอกจากนี้สาเหตุสำคัญยังมาจากการกลายพันธุ์ของสารพันธุกรรม (genetic mutation) ในเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ทำให้ยาปฏิชีวนะไม่สามารถออกฤทธิ์ทำลายเชื้อได้ เชื้อวัณโรคดื้อยาสามารถแพร่กระจายผ่านละอองฝอยในอากาศจากการไอหรือจาม ส่งผลให้การควบคุมโรคทำได้ยากและเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อที่รุนแรงขึ้น[1] การแพร่ระบาดของวัณโรคดื้อยายังเกี่ยวข้องกับการขาดความตระหนักรู้ของประชาชน การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพจำกัด และการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาอย่างเคร่งครัด เช่น การรับประทานยาไม่ครบตามกำหนดหรือหยุดยาก่อนกำหนด ทำให้เชื้อวัณโรคพัฒนาไปสู่การดื้อยา[2] ในระดับนานาชาติการควบคุมวัณโรคดื้อยายังเผชิญข้อจำกัดด้านทรัพยากร โดยเฉพาะในประเทศรายได้น้อยและปานกลาง ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาเชื้อดื้อยาระดับรุนแรงมาก (XDR-TB) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายในชุมชน[4,5,6] ดังนั้น วัณโรคดื้อยาหลายขนานจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ต้องได้รับการป้องกัน ควบคุม และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อและลดผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมในระยะยาว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบและโปรแกรมในการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนาน พบว่าการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-Resistant Tuberculosis: MDR-TB) เป็นประเด็นสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากโรคนี้มีแนวโน้มแพร่ระบาดเพิ่มขึ้น และมาตรการป้องกันที่มีอยู่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ การพัฒนารูปแบบและโปรแกรมป้องกันวัณโรคในชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการลดการแพร่กระจายของเชื้อ งานวิจัยของนพดล พิมพ์จันทร์[7] พบว่ารูปแบบการป้องกันวัณโรคในชุมชนที่ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข การสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังโรค การให้ความรู้แก่ประชาชน การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ และการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข สามารถเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของประชาชนและลดอัตราการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ อัญชลี มงกุฎทอง และคณะ[8] พบว่าการพัฒนาระบบป้องกันวัณโรคผ่านการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญ และช่วยลดอัตราการแพร่กระจายของเชื้อในชุมชน ขณะที่เชาวฤทธิ์ บุญลี[9] พบว่าแนวทาง “เยี่ยมยาม โทรถาม” ซึ่งเน้นการติดตามกลุ่มเสี่ยงผ่านการเยี่ยมบ้านและการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับประชาชน ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของวัณโรคได้ ในประเทศไทย วัณโรคดื้อยาหลายขนานยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบบริการสาธารณสุขที่เข้มแข็งและมีมาตรฐานในการรักษาวัณโรค แต่จำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยายังคงอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษามาก่อน ซึ่งมีอัตราการดื้อยาประมาณร้อยละ 20 ขณะที่ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่มีอัตราการดื้อยาประมาณร้อยละ 3–4 ปัญหาการดื้อยาในประเทศไทยเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การใช้ยาที่ไม่มีคุณภาพ การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา และการขาดการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง[10,11,12] ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งมุ่งเน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกัน จึงเป็นแนวทางสำคัญในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและลดการแพร่ระบาดของวัณโรคดื้อยาในชุมชนและประเทศไทยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดศรีสะเกษเป็นอย่างไร

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดศรีสะเกษ การวิจัยในขั้นตอนนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วยการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation: O) และการสะท้อนกลับ (Reflection: R)[13] ดำเนินการวิจัยในพื้นที่การดูแลของจังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2569 พื้นที่ทำการศึกษา คือ จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบโดยผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วยการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation: O) และการสะท้อนกลับ (Reflection: R) โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรค ผู้แทนครอบครัวผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ผู้แทนผู้นำชุมชน ผู้แทนสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และแพทย์ รวม 54 คน ดังนี้

1) ผู้ป่วยวัณโรค พื้นที่ละ 1 คน จำนวน 6 โซน รวม 6 คน

3) ผู้แทนผู้นำชุมชนพื้นที่ละ 1 คน จำนวน 6 โซน รวม 6 คน

4) ผู้แทนสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล พื้นที่ละ 1 คน จำนวน 6 โซน รวม 6 คน

5) ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่ละ 1 คน จำนวน 6 โซน รวม 6 คน

7) พยาบาลวิชาชีพพื้นที่ละ 1 คน จำนวน 6 โซน รวม 6 คน

8) เภสัชกรพื้นที่ละ 1 คน ในจำนวน 6 โซน รวม 6 คน

9) แพทย์พื้นที่ละ 1 คน จำนวน 6 โซน รวม 6 คน

หากไม่พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR TB) ในพื้นที่ ๆ กำหนด สามารถปรับพื้นที่นั้นเป็นพื้นที่ที่ไม่เกิด MDR-TB ได้ เพื่อให้การเก็บข้อมูลและการจัดกลุ่มยังคงดำเนินต่อไปได้ตามแผน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ใช้เครื่องมือ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และตามกรอบแนวคิดของการวิจัย แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในด้านการศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย

1.1) เครื่องมือชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Group discussion guideline) และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guideline) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์

1.2) เครื่องมือชุดที่ 2 แนวคำถามสำหรับผู้บริหารต่อการจัดระบบและนโยบายการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

1.3) แนวทางการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมโดยใช้แบบสังเกต (Participant observation guideline) ใช้ในการบันทึกจากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการบันทึกข้อมูล

1.4) เครื่องมือชุดที่ 4 แบบบันทึกประจำวันของผู้วิจัย (Daily filed note) เพื่อบันทึกข้อมูลจากการปฏิบัติการวิจัยในพื้นที่ ตามการรับรู้ของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

1.5) ใช้เทปบันทึกเสียงและกล้องบันทึกภาพการสัมภาษณ์ การประชุมกลุ่ม และการสนทนากลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนไม่บิดเบือนข้อมูล

2) เครื่องมือที่ใช้ในด้านกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของ Kemmis และ Mc Taggart[13] 4 ขั้นตอน เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานในเขต

รับผิดชอบโรงพยาบาลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

2.1) เครื่องมือที่ใช้ในการประชุมจัดทำแผนงานปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการประชุมและการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม มีการตั้งประเด็นคำถามสำหรับแต่ละกลุ่มดังนี้

2.1.1) ประเด็นคำถามสำหรับผู้อำนวยการโรงพยาบาล คือ “ท่านจะมีวิธีการหรือแนวทางการบริหารงานอย่างไร?”

2.1.2) ประเด็นคำถามสำหรับผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล คือ “ท่านจะมีแนวทาง หรือ แผนการปฏิบัติกิจกรรม ในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การดูแลจัดการของผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพอย่างไร?”

2.1.3) ประเด็นคำถามสำหรับกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือ “ท่านมีส่วนร่วมในการการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ มากน้อยอย่างไร?”

2.2) เครื่องมือที่ใช้ในการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้กระบวนการประชุม และสนทนากลุ่ม ซึ่งแบ่งกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้อำนวยการ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ผู้นำชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติ และตัวแทนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน จัดแบ่งกลุ่มคละกันเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 10-12 คน เพื่อเข้าดำเนินกิจกรรม 6 ฐาน ได้แก่

2.2.1) เครื่องมือชุดที่ 1 แนวทางเนื้อหาหลักสูตรการอบรมให้ความรู้ การรับรู้ และการมีส่วนร่วม ในเรื่องการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นวัณโรค

2.2.2) เครื่องมือชุดที่ 2 แนวทางเนื้อหาหลักสูตรการอบรม เชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

2.2.3) เครื่องมือชุดที่ 3 แนวทางการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมโดยใช้แบบสังเกต ใช้ในการบันทึกจากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา โดยผู้วิจัย และ ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการบันทึกข้อมูล

2.2.4) เครื่องมือชุดที่ 4 แบบบันทึกประจำวันของผู้วิจัย เพื่อบันทึกข้อมูลจากการปฏิบัติการวิจัยในพื้นที่ ตามการรับรู้ของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยและใช้เทปบันทึกเสียงและกล้องถ่ายภาพการสัมภาษณ์ การประชุมกลุ่ม และการสนทนากลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนไม่บิดเบือนข้อมูล

2.2.5) ใช้เทปบันทึกเสียงและกล้องถ่ายภาพการสัมภาษณ์ การประชุมกลุ่ม และการสนทนากลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนไม่บิดเบือนข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลมีความครบถ้วน ถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือของข้อมูล ความไม่มีอคติ โดยวิธีการตรวจแบบสามเส้า (Triangulations) คือ

1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) เป็นการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนด ผู้ให้ข้อมูล เวลา สถานที่ที่แตกต่างกัน

2) ตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) เป็นการตรวจสอบระหว่างผู้วิจัย ผู้ช่วยเหลือผู้วิจัย มีการเก็บข้อมูลที่ได้จากการประชุมแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกต แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

3) การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory triangulation) เป็นการตีความข้อมูลในกรอบแนวคิดทฤษฎี หรือการเปลี่ยนแนวคิดทฤษฎีจะทำให้การสรุปข้อมูล หรือเหตุการณ์มีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

4) การตรวจสอบสามเส้า ด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodology triangulation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึกภาคสนาม การบันทึกเสียงและภาพถ่ายวีดีโอ อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือการใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี ข้อมูลที่ได้มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์ตีความจากข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม โดยการรวบรม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี รหัสโครงการ UBU-REC-111/2025 ลงวันที่ 9 ตุลาคม 2568

ผลศึกษา

1) สถานการณ์วัณโรค โดยจังหวัดศรีสะเกษเป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วยวัณโรคสูงอยู่ในลำดับที่ 1 ใน 10 ของประเทศ และเป็นอันดับ 1 ในเขตสุขภาพที่ 10 สถานการณ์วัณโรคจังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2567 พบผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด (All TB) จำนวน 2,078, 2,141, 2,235, 1,972, 1,784, 1,958 และ 2,021 ราย ตามลำดับ ตั้งแต่ปี 2561-2567 มีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดศรีสะเกษ 141.2, 145.5, 151.8, 135.2, 122.4, 134.6 และ138.9 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งพบว่าในแต่ละปีอุบัติการณ์วัณโรคของจังหวัดศรีสะเกษน้อยกว่าค่าคาดประมาณอุบัติการการพบผู้ป่วยวัณโรคของประเทศไทย (ค่าคาดประมาณ 143 - 172 ต่อประชากรแสนคน) ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Treatment coverage) ค่าเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ร้อยละ 82.5 - 85 ตั้งแต่ปี 2561-2567 ร้อยละ 82.8, 94.1, 99.9, 88.9, 78.1, 93.9 และ 89.6 ตามลำดับ โดยจังหวัดศรีสะเกษมีความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคมากกว่าเกณฑ์เป้าหมายทุกปี ยกเว้นปี 2565 มีความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาน้อยที่สุด ร้อยละ 78.1 เนื่องจากมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ระบบคัดกรองเชิงรุกไม่ได้ดำเนินการเป็นแบบตั้งรับที่โรงพยาบาล และปี 2562 มีผลความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษามากที่สุด ร้อยละ 99.9เนื่องจากมีนโยบายเร่งรัดการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง และสนับสนุนเครื่องตรวจวินิจฉัยวัณโรคแบบ Molecular ทำให้ตรวจวินิจฉัยกลุ่มที่ปอดผิดปกติแต่เสมหะไม่พบเชื้อได้เพิ่มมากขึ้น และผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 90 ตั้งแต่ปี 2561-2567 ดังนี้ 89.1, 87.9, 86.7, 86.9, 84.8, 86.4 และ 83.1 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีค่าน้อยกว่าเป้าหมายกำหนดทุกปี สาเหตุหลักที่สำคัญเกิดจากมีอัตราการเสียชีวิตสูง ร้อยละ 9.1, 10.9, 11.9, 11.7, 11.7, 10.7 และ 14.6 ตามลำดับ และส่วนใหญ่พบการเสียชีวิตมากในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุ 45 - 64 ปี ส่วนใหญ่พบว่ามีโรคร่วม เช่น ไตวายเรื้อรัง Pneumonia เบาหวาน โรคปอดอุดกลั้นเรื้อรัง และผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น ดังนั้น การตรวจคัดกรองเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จึงจำเป็นต้องดำเนินการคัดกรองอย่างต่อเนื่องทุกปี และการค้นหาต้องครอบคลุมประชาชนกลุ่มเสี่ยงทุกคน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่ระบบการขึ้นทะเบียนรักษาอย่างรวดเร็ว ผลการดำเนินงานจังหวัดศรีสะเกษในปีงบประมาณ 2568 จังหวัดศรีสะเกษ จึงมีการเร่งรัดการดำเนินงานวัณโรคให้ครอบคลุมทุกมิติ พบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 1,849 ราย คิดเป็นอัตรา

ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษา (Treatment coverage) ร้อยละ 81.4 คิดเป็นอุบัติการณ์ (Incidence rate) 127.8 ต่อประชากรแสนคน และผลงานอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย วัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคในไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2568 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2567) พบผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา 329 ราย รักษาสำเร็จ จำนวน 255 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.5 อยู่ระหว่างการรักษา จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.1 ขาดยา จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.5 โอนออก คิดเป็นร้อยละ 1.2 และเสียชีวิต จำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.7 และมีผลงานการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ดังนี้ การดำเนินการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายรังสีทรวงอก จำนวน 74,558 ราย พบปอดผิดปกติ 4,928 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.1 ได้รับการตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยวัณโรคและพบเชื้อ จำนวน 875 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.2 ของผู้ที่ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) และไม่พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ซึ่งส่วนใหญ่มาจากกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ร้อยละ 3.5 ผู้ที่มีความผิดปกติจากการติดสุรา ผู้ที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 3.1 ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 1.6 สถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง ร้อยละ 1.6 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน HbA1C ≥ 7 mg% และมีโรคเรื้อรัง ร้อยละ 1.1 ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 1.0 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 0.7 ผู้ต้องขังรายเก่า ร้อยละ 0.5 และผู้ต้องขังรายใหม่ ร้อยละ 0.2 (โปรแกรม NTIP, ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2568) ปัจจัยสำคัญของการดำเนินงานวัณโรคในปี 2568 ที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด คือ (1) ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษาสูง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่ม 45 – 64 ปี ที่มีโรคร่วม (2) การควบคุมกำกับการกินยาไม่ได้คุณภาพเท่าที่ควร (3) การส่งตรวจทางอณูชีววิทยาในผู้ป่วยรายใหม่และรายรักษาซ้ำยังไม่ครบ 100% (4) การค้นพบผู้ป่วยล่าช้าหรือเข้าถึงระบบบริการการรักษาที่ล่าช้า ทำให้ส่งผลต่อการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรค และยังเป็นสาเหตุหลักของการเกิดวัณโรคดื้อยา (5) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม ยังไม่คลอบคลุมตามเป้าหมาย และ (6) การคัดกรองและรักษาวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านยังไม่ครบทุกราย

2) สถานการณ์วัณโรคดื้อยา สถานการณ์วัณโรคดื้อยาจังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2568 พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด จำนวน 25, 30, 19, 18, 10, 16, 10 และ 15 ราย ตามลำดับ มีอุบัติการณ์ของวัณโรคดื้อยาหลายขนาน คือ 1.7, 2.0, 1.3, 1.3, 0.7, 1.1, 0.8 และ 1.0 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ปี 2561–2567 มีอัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน คือ 80.0, 73.3, 84.2, 66.7, 80.0, 75.1 และ 81.8 ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตของของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน คือ 20.0, 13.3, 10.5, 33.3, 20.0, 24.9 และ 18.2 (ปี 2568 ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการรักษายังไม่ประเมินผลการรักษา) และพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด จำนวน 2 ราย ในปี 2564 ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา และปี 2567 ผู้ป่วยรักษาสำเร็จ (ใช้สูตรยาใหม่ ใช้ระยะเวลารักษา 6 เดือน)

3) การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ

จากการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ด้วยกระบวนการวางแผน–ปฏิบัติ–สังเกต–สะท้อนคิด (Plan–Action–Observation–Reflection: PAOR) จำนวน 2 วงรอบ ประกอบกับการประชุมระดมความคิดเห็นและการสะท้อนคิดร่วมของผู้แทนระดับนโยบาย ผู้แทนผู้ปฏิบัติงาน และผู้แทนชุมชน ทำให้เกิด “รูปแบบยางชุมน้อย” (Yang Chum Noi Model) ซึ่งเป็นรูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่เน้นการบริหารจัดการเชิงระบบ ลดรอยต่อของการดูแล และเพิ่มคุณภาพการรักษา

ตลอดเส้นทางบริการ ตั้งแต่การค้นหาเชิงรุก การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว การเริ่มรักษาที่เหมาะสม การบริหารยาอย่างปลอดภัย การกำกับการรักษาในชุมชน และการสนับสนุนทางสังคม ผลลัพธ์เชิงระบบที่เกิดขึ้นไม่ได้จำกัดเพียงการจัดทำกรอบแนวคิดหรือคู่มือเชิงนโยบาย แต่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับการปฏิบัติจริงในพื้นที่ ได้แก่ การเกิดมาตรฐานเวลาการตอบสนองเดียวกันทั้งอำเภอ การพัฒนาเส้นทางบริการผู้ป่วยที่ลดขั้นตอนซ้ำซ้อน การเพิ่มความครอบคลุมของการค้นหาเชิงรุกและการติดตามผู้สัมผัส การจัดระบบบริหารยาและความปลอดภัยทางยาที่เป็นรูปธรรม การยกระดับการสื่อสารข้อมูลแบบทันเวลา และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนผู้ป่วยในชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลักซึ่งสัมพันธ์กันตลอดห่วงโซ่การดูแล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) มาตรการกำกับเวลา “2-2-2” เพื่อการตอบสนองรวดเร็วของระบบบริการ (Time-bound 2-2-2 response protocol) หมายถึง มาตรการกำกับเวลา 2-2-2 ถูกพัฒนาให้เป็น “มาตรฐานการทำงานร่วม” ของทุกหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อยกระดับความทันเวลาของการดำเนินงานในทุกขั้นตอนของระบบการควบคุมวัณโรคดื้อยา โดยกำหนดกรอบเวลาที่ชัดเจน ได้แก่ การแจ้งข้อมูลสำคัญและสื่อสารกลับพื้นที่ภายใน 2 วัน การสอบสวนโรคและค้นหาผู้สัมผัสภายใน 2 สัปดาห์ และการติดตามอย่างเข้มข้นในช่วง 2 เดือนแรกของการเริ่มยา ซึ่งเป็นช่วงวิกฤตของความร่วมมือในการรักษาและการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ผลลัพธ์จากการนำมาตรการนี้ไปใช้สะท้อนให้เห็นถึงการลดความล่าช้าในการแจ้งข้อมูลและการลงพื้นที่ติดตาม การมีตารางการติดตามผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งอำเภอ และการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการประสานงานรายกรณีอย่างชัดเจน โดยหน่วยบริการและพื้นที่ใช้แบบฟอร์มการแจ้งข้อมูลและทะเบียนติดตามเดียวกัน ทำให้สามารถตรวจสอบย้อนหลังได้ หลักฐานที่ใช้กำกับและประเมินผลประกอบด้วย บันทึกการแจ้งข้อมูลตามกรอบเวลา 2 วัน ทะเบียนผู้สัมผัสและรายงานการลงพื้นที่ใน 2 สัปดาห์ รายงานติดตามเข้มข้นในช่วง 2 เดือนแรก สมุดกำกับการกินยา และข้อมูลจากระบบทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคของหน่วยบริการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความต่อเนื่องของการดูแลและการลดการหลุดจากระบบในช่วงเริ่มรักษา

(2) การค้นหาเชิงรุกและเฝ้าระวังในชุมชน (Active case finding and community surveillance) หมายถึง องค์ประกอบนี้มุ่งยกระดับการค้นหาผู้ป่วยและผู้สัมผัสในระดับชุมชน โดยบูรณาการการทำงานของโรงพยาบาลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผ่านกลไกการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การใช้หน่วยเอกซเรย์เคลื่อนที่ และการเชื่อมการค้นหาเข้าสู่กระบวนการยืนยันผลอย่างรวดเร็ว ผลลัพธ์ของการดำเนินงานในระยะที่ 2 คือ การเกิดทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและผู้สัมผัสที่เป็นระบบเดียวกัน การวางแผนออกหน่วยคัดกรองเชิงรุกในพื้นที่เสี่ยง และการกำหนดขั้นตอนการส่งตรวจยืนยันผลที่ชัดเจน ทำให้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มคัดกรองจนถึงการวินิจฉัยลดลง และเพิ่มโอกาสค้นพบผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น หลักฐานที่ใช้ติดตาม ได้แก่ รายงานการคัดกรองเชิงรุก ทะเบียนผู้สัมผัส แผนและรายงานการออกหน่วยเอกซเรย์เคลื่อนที่ เอกสารการส่งตรวจ และผลตรวจจากห้องปฏิบัติการ ซึ่งสะท้อนถึงความครอบคลุมของการค้นหาและการเชื่อมต่อเข้าสู่ระบบรักษา

(3) การวินิจฉัยรวดเร็วและการจัดการทางคลินิกแบบเร่งรัด (Rapid molecular diagnosis and expedited clinical management) หมายถึง การพัฒนาระบบวินิจฉัยและการดูแลทางคลินิกเน้นการใช้เครื่องมืออณูชีววิทยาตามข้อบ่งชี้ในระบบงานวัณโรค ร่วมกับการจัดช่องทางบริการเร่งด่วนในหน่วยบริการ เพื่อลดความแออัดและเริ่มการรักษาได้เร็วขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรคหรือมีความเสี่ยงต่ออาการไม่พึง

ประสงค์จากยา ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือการมีแนวทางประเมินความเสี่ยงก่อนเริ่มยาเป็นมาตรฐาน การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาอย่างเป็นระบบและการปรับแผนรักษารายกรณีได้รวดเร็วเมื่อพบสัญญาณเตือน หลักฐานที่ใช้กำกับประกอบด้วย ใบส่งตรวจและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกการประเมินภาวะร่วมก่อนเริ่มยา รายงานการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ และเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งช่วยยืนยันว่าระบบวินิจฉัยและการจัดการทางคลินิกมีความปลอดภัยและต่อเนื่องมากขึ้น

(4) การบริหารจัดการยาและความปลอดภัยทางยาแบบมาตรฐาน (Standardized pharmaceutical management and medication safety) หมายถึง องค์ประกอบนี้มุ่งสร้างระบบยาให้มีความต่อเนื่องและปลอดภัย ผ่านการจัดยาแบบรายมื้อ การบริหารคลังยาตามหลักมาก่อนหมดอายุออกก่อน และการทวนสอบหลายชั้นในกระบวนการจัดและจ่ายยา รวมถึงการติดตามความร่วมมือในการกินยาและการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ผลลัพธ์ คือ การมีขั้นตอนมาตรฐานก่อน–ขณะ–หลังการจ่ายยา การจัดทำบันทึกการทวนสอบและทะเบียนติดตามการใช้ยาในทุกราย และการลดความคลาดเคลื่อนในระบบยา หลักฐานที่ใช้กำกับประกอบด้วย บันทึกคลังยาและวันหมดอายุ แบบฟอร์มการทวนสอบสมุดบันทึกการกินยา รายงานการนับเม็ดยา และเอกสารการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งสะท้อนถึงความปลอดภัยทางยาและความต่อเนื่องของการรักษา

(5) ระบบส่งต่อและการสื่อสารข้อมูลแบบไร้รอยต่อ (Seamless referral and real-time information network) หมายถึง การพัฒนาระบบส่งต่อและการสื่อสารข้อมูลในพื้นที่มุ่งลดช่องว่างของข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ โดยจัดทำเส้นทางบริการผู้ป่วยที่กำหนดข้อมูลขั้นต่ำที่ต้องส่งต่อในทุกกรณี และกำหนดผู้ประสานงานหลักในแต่ละระดับ พร้อมใช้ช่องทางสื่อสารกลางของเครือข่ายในการรายงานสถานะผู้ป่วยและการนัดหมาย ผลลัพธ์เชิงระบบคือการสื่อสารข้อมูลที่รวดเร็วขึ้น การติดตามย้อนกลับได้ และการลดกรณีผู้ป่วยหลุดจากการติดตามเนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วน หลักฐานที่ใช้ติดตาม ได้แก่ แผนผังเส้นทางบริการ เอกสารการส่งต่อ บันทึกการสื่อสารของเครือข่าย และรายงานการติดตามสถานะผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อมโยงของระบบบริการ

(6) การกำกับการรักษาต่อเนื่องและพลังเครือข่ายสามประสาน (Continuity of care with DOTS/ Tele- DOTS and tri- partite empowerment) หมายถึง องค์ประกอบสุดท้ายดำเนินการสร้างเสริมความต่อเนื่องของการรักษาผ่านการกำกับการกินยาในสถานบริการและในชุมชน รวมถึงการประยุกต์ใช้การกำกับทางไกลในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านการเดินทาง พร้อมทั้งสร้างพลังเครือข่ายสามประสานระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ ผลลัพธ์จากการดำเนินงานคือการมีพี่เลี้ยงกำกับการรักษาในทุกราย การจัดทำแผนสนับสนุนทางสังคมรายกรณีในผู้ป่วยเปราะบาง และการดำเนินกิจกรรมลดการตีตราในชุมชนอย่างต่อเนื่อง หลักฐานที่ใช้กำกับประกอบด้วย สมุดกำกับการกินยา รายงานการเยี่ยมบ้าน บันทึกการให้คำปรึกษาครอบครัว แบบประเมินความเสี่ยงต่อการขาดยา และเอกสารการเชื่อมกองทุนหรือการช่วยเหลือด้านสังคม

จากการการพัฒนาได้รูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 1) มาตรการกำกับเวลา “2-2-2” เพื่อการตอบสนองรวดเร็วของระบบบริการ 2) การค้นหาเชิงรุกและเฝ้าระวังในชุมชน 3) การวินิจฉัยรวดเร็วและการจัดการทางคลินิกแบบเร่งรัด 4) การบริหารจัดการยาและความปลอดภัยทางยาแบบมาตรฐาน 5) ระบบส่งต่อและการสื่อสารข้อมูลแบบไร้รอยต่อ และ 6) การกำกับการรักษาต่อเนื่องและพลังเครือข่ายสามประสาน เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และสามารถใช้เป็นแนวทางการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานของผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ ได้ เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวได้รับการพัฒนาบนพื้นฐานของข้อมูลสถานการณ์จริงในพื้นที่และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพและชุมชน ทั้งบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้มาตรการต่าง ๆ มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และเอื้อต่อการบูรณาการการทำงานของเครือข่ายบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงโรงพยาบาล นอกจากนี้ องค์ประกอบของรูปแบบยังครอบคลุมกระบวนการสำคัญของการควบคุมวัณโรคดื้อยาอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วย การวินิจฉัยที่รวดเร็ว การรักษาที่มีคุณภาพ การบริหารจัดการยาอย่างปลอดภัย ตลอดจนการติดตามกำกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดการแพร่กระจายของเชื้อและป้องกันการเกิดการดื้อยาหลายขนาน สอดคล้องกับแนวทางการควบคุมวัณโรคของ World Health Organization และ กรมควบคุมโรค ที่เน้นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การวินิจฉัยที่รวดเร็วด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ การรักษาภายใต้การกำกับ (Directly Observed Treatment) และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น รูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่พัฒนาขึ้นจึงมีความเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดศรีสะเกษ สามารถเสริมประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพในการค้นหา วินิจฉัย รักษา และติดตามผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างครอบคลุม ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานและการ

แพร่กระจายของโรคในชุมชน อีกทั้งยังเป็นแนวทางที่สามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งระวี อัครวรรณ[14] ศึกษาการพัฒนาระบบบริบาลด้านยาแก่ผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าการพัฒนาระบบบริบาลด้านยาช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดและการใช้ยาต้านวัณโรคอย่างถูกต้อง นพดล พิมพ์จันทร์[7] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชน กรณีศึกษาอำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การใช้ระบบพี่เลี้ยงดูแลผู้ป่วย การให้กำลังใจผู้ป่วย การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน และการจัดระบบส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ สมลักษณ์ หนูจันทร์[15] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดขอนแก่น พบว่าหลังดำเนินโครงการผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 6.62 เป็น 8.03 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 31.55 เป็น 35.77 อีกทั้งผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านเข้ารับการตรวจคัดกรองครบถ้วน และพบผู้ป่วยรายใหม่ 2 รายที่เข้าสู่ระบบการรักษา รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า ZOOM TB Model ซึ่งประกอบด้วยการกำหนดเป้าหมายการตรวจผู้สัมผัสโรค การจัดเครือข่ายชุมชน การเปิดระบบบริการตรวจรวดเร็ว และการสร้างบุคคลต้นแบบในการตรวจวัณโรคในชุมชน วิโรจน์ เซมรัมย์ และคณะ[16] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค เครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าหลังดำเนินโครงการความรู้ของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 33.8 และความรู้ของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านเพิ่มขึ้นร้อยละ 32.3 อีกทั้งพฤติกรรมการป้องกันและการดูแลตนเองของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 72.1 นอกจากนี้ยังพบว่าการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาลและการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมวัณโรคในระดับพื้นที่ กุสุมาลย์ ศรีภูวงษ์[17] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ จังหวัดมหาสารคาม พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา รูปแบบดังกล่าวประกอบด้วยการพัฒนามาตรฐานการรักษา การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา รวมทั้งการจัดระบบติดตามและส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เชาวฤทธิ์ บุญลี[9] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบ ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคดื้อยาเพิ่มขึ้นจาก 7.32 เป็น 11.93 คะแนน พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 30.48 เป็น 44.85 คะแนน และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) นอกจากนี้ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.2 เป็นร้อยละ 93.5 โดยใช้แนวทาง “เยี่ยมยาม โทรถาม” ในการติดตามการรักษาและกำกับการกินยาในชุมชน เครือวัลย์ ภุมรินทร์ และคณะ[18] ศึกษาการพัฒนารูปแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมและป้องกันวัณโรค จังหวัดชัยภูมิ พบว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ โครงการที่ชุมชนดำเนินการเอง โครงการที่ต้องร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่น และโครงการที่ต้องอาศัยการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก ภายหลังดำเนินกิจกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการควบคุมวัณโรคอยู่ในระดับดี และมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และมุกดา วิเศษ และ นพดล พิมพ์จันทร์[19]) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากโดย

กระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการในกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค XDR-TB การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน และการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยในพื้นที่ หลังดำเนินกิจกรรมพบว่ากลุ่มเสี่ยงมีความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค รวมทั้งพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขในระดับจังหวัดและระดับอำเภอควรนำรูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะมาตรการกำกับเวลา “2-2-2” การค้นหาเชิงรุกในชุมชน และระบบการส่งต่อข้อมูลแบบไร้รอยต่อ เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการวินิจฉัยและการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ทั้งนี้ควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกันของเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานมีประสิทธิภาพและเป็นระบบมากยิ่งขึ้น

1.2 บุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และครอบครัวของผู้ป่วย ในการเฝ้าระวังคัดกรอง และติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการกำกับการรับประทานยาและการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา ซึ่งจะช่วยลดโอกาสการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานและเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

1.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานในระยะยาว เช่น การลดอัตราการเกิดวัณโรคดื้อยา การเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษา และการลดการแพร่กระจายของโรคในชุมชน รวมทั้งควรมีการทดลองใช้รูปแบบดังกล่าวในพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการขยายผลสู่ระดับเขตสุขภาพหรือระดับประเทศ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบกับพื้นที่ที่ไม่ได้ใช้รูปแบบดังกล่าว เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านอัตราการเกิดวัณโรคดื้อยา อัตราความสำเร็จในการรักษา และการลดการแพร่กระจายของโรคในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบ เช่น การมีส่วนร่วมของชุมชน การสนับสนุนของเครือข่ายบริการสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานให้มีประสิทธิภาพและสามารถขยายผลไปใช้ในพื้นที่อื่นได้มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานสถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

2.กรมควบคุมโรค. (2567). แนวทางการควบคุมวัณโรคของประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข.

3.World Health Organization. (2023). Global tuberculosis report 2023. World Health Organization.

4.Dheda, K., Gumbo, T., Maartens, G., Dooley, K. E., Murray, M., Furin, J., Nardell, E. A., Warren, R. M., & Zumla, A. (2017). The epidemiology, pathogenesis, transmission, diagnosis, and management of multidrug-

resistant, extensively drug-resistant, and incurable tuberculosis. The Lancet Respiratory Medicine, 5(4), 291–360.

5. Lönnroth, K., Migliori, G. B., Abubakar, I., D'Ambrosio, L., De Vries, G., Diel, R., Douglas, P., Falzon, D., Gaudreau, M. A., Goletti, D., & others. (2020). Towards tuberculosis elimination: An action framework for low-incidence countries. European Respiratory Journal, 45(4), 928–952.

6. Zumla, A., Nahid, P., & Cole, S. T. (2019). Advances in the development of new tuberculosis drugs and treatment regimens. Nature Reviews Drug Discovery, 12(5), 388–404.

7.นพดล พิมพ์จันทร์. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคในชุมชน. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 19(1), 45–58.

8.อัญชลี มงกุฎทอง, เชิดพงษ์ ทองสุข, และ แดนสรวง วรรณวงษ์สอน. (2565). การพัฒนารูปแบบการควบคุมโรควัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 7(1), 30–42.

9.เชาวฤทธิ์ บุญลี. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยสาธารณสุข, 17(1), 85–96.

10. Wang, L., Zhang, H., Ruan, Y., Chin, D. P., Xia, Y., Cheng, S., & others. (2020). Tuberculosis prevalence in China, 2010–2018. The Lancet Global Health, 8(6), e811–e819.

11. Suwanchompoo, A., Nateniyom, S., & Kittikraisak, W. (2019). Multidrug-resistant tuberculosis in Thailand: Epidemiology and treatment outcomes. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 23(8), 898–905.

12. Nonghanphithak, D., Reechaipichitkul, W., & Chaiyasung, T. (2021). Factors associated with multidrug-resistant tuberculosis in Thailand. BMC Infectious Diseases, 21, 423.

13. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.

14.รุ่งระวี อัครวรรณ. (2567). การพัฒนาระบบบริบาลด้านยาแก่ผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารเภสัชกรรมคลินิก, 29(1), 45–57.

15.สมลักษณ์ หนูจันทร์. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 8(2), 90–104.

16.วิโรจน์ เซมรัมย์, และคณะ. (2567). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค เครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารควบคุมโรค, 50(1), 55–67.

17.กุสุมาลย์ ศรีภูวงษ์. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุข, 18(1), 66–78.

18.เครือวัลย์ ภุมรินทร์, รัศมี สมรรถชัย, บุญพิสิฐษ์ ธรรมกุล, และ เดชาวัต ครองสมบัติ. (2567). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมและป้องกันวัณโรค จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 9(1), 41–55.

19. มุกดา วิเศษ, และ นพดล พิมพ์จันทร์. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากโดยกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 6(1), 25–38.

ผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม

Capacity Development of Village Health Volunteers and Community Leaders in Colorectal Cancer Screening among At-Risk Populations at Ban Lueam Subdistrict Health Promoting Hospital.

(Received: March 26,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

ปาริฉัตร จันทร์ดำ[1] **สุภาภรณ์ บุญยานาม**[2]
Parichat Jundam[1] **Supaporn Boonyanam**[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน–หลัง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบประยุกต์ร่วมกับกระบวนการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคืออสม.และผู้นำชุมชน จำนวน 34 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (IOC = 0.67–1.00) และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสถิติ Kuder–Richardson 20 (KR-20 = 0.75) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และทดสอบความแตกต่างก่อน–หลังการอบรมด้วยสถิติ paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.3 อายุเฉลี่ย 57.2 ปี และมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 47.1 หลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 9.2 (SD = 0.9) เป็น 9.6 (SD = 0.7) ส่วนต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.4 (SD = 0.8) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.004) แสดงให้เห็นว่าการอบรมสามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ด้านความพึงพอใจ พบว่าผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจต่อการอบรมอยู่ในระดับสูงมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 9.9 (SD = 0.4) โดยเฉพาะด้านความครบถ้วนของเนื้อหา ความเหมาะสมของรูปแบบการอบรม ความรู้ความสามารถของวิทยากร และความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้ ซึ่งได้รับการประเมินในระดับสูงสุด (ร้อยละ 97.1 – 100.0)

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่, การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ, การเข้าถึงการส่องกล้อง,การมีส่วนร่วมของเครือข่าย

Abstract

This quasi-experimental research employed a one-group pretest–posttest design, applying the systems theory framework in conjunction with the nursing process. The study population consisted of 34 village health volunteers and community leaders at Ban Lueam Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Udon Thani Province. Data were collected using a validated questionnaire reviewed by three experts (IOC = 0.67–1.00), with reliability confirmed using Kuder–Richardson 20 (KR-20 = 0.75). Descriptive statistics and paired t-tests were applied, with the level of statistical significance set at 0.05.

The results showed that most participants were female (85.3%), with an average age of 57.2 years, and nearly half had attained secondary education (47.1%). After the training, the mean knowledge score increased from 9.2 (SD = 0.9) to 9.6 (SD = 0.7), with a mean difference of 0.4 (SD = 0.8), which was statistically significant (p = 0.004). This indicates that the training program effectively improved participants' knowledge of colorectal cancer screening.

[1] พย.บ., พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลอุดรธานี
[2] พย.ม., พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลอุดรธานี

In terms of satisfaction, participants reported a very high level of satisfaction, with an overall mean score of 9.9 (SD = 0.4). The highest-rated aspects included content comprehensiveness, appropriateness of training format, expertise of lecturers, and confidence in applying the knowledge (97.1%–100.0%).

Keywords: colorectal cancer, colorectal cancer screening, fecal occult blood test, colonoscopy access, community network participation

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (colorectal cancer; CRC) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น[1] ข้อมูลจากสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยที่พบมาก 10 อันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ พ.ศ. 2564 พบโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย ร้อยละ 19.0 เป็นอันดับ 3ในเพศหญิง ร้อยละ10.1[2]อุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในจังหวัดอุดรธานี พบเป็นอันดับ 3 ทั้งเพศหญิงและเพศชาย[2]โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เชื่อว่ามีการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนตาม adenoma-carcinoma sequence โดยจากเนื้อเยื่อปกติเกิดเป็นติ่งเนื้อขนาดเล็กที่เรียกว่า โพลิป (polyp) ซึ่งอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงจนกลายเป็นมะเร็งในที่สุด โดยทั่วไปใช้เวลา 5 – 10 ปี[3] การตรวจพบติ่งเนื้อลำไส้ใหญ่และตัดออกสามารถป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ร้อยละ 88 – 90 เทียบกับกลุ่มที่มีติ่งเนื้อลำไส้ใหญ่แต่ไม่ได้ ตัดออกจะลดลงร้อยละ 67 – 76[3] ดังนั้นการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงตั้งแต่ยังไม่มีอาการผิดปกติ จึงถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการป้องกันโรค แต่หากปล่อยจนมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองแล้วอัตราการรอดชีวิตลดลงเหลือร้อยละ 60 และน้อยกว่าร้อยละ 10 ตามลำดับ[3] นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2568 ยกระดับการสาธารณสุขไทย สุขภาพแข็งแรงทุกวัย เศรษฐกิจสุขภาพไทยมั่นคง โดยการสร้างความเข้มแข็งเครือข่าย สุขภาพภาคประชาชน พัฒนากฎหมายสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เช่นพรบ.อสม. เพิ่มศักยภาพอสม.และส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน[4] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงกำหนดนโยบายตรวจคัดกรองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70 ปี ด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (fecal immunochemical test; FIT test) โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 กำหนดตัวชี้วัดร้อยละ10 ของกลุ่มประชาชนเป้าหมายอายุ 50-70 ปี แต่ละคนควรตรวจทุก 2 ปี หากพบผลผิดปกติจะได้รับการตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้อง (colonoscopy)[5] ซึ่งเป็นมาตรฐานการวินิจฉัย จากการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมสุขภาพ มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง[6] รวมถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมด้วย[7]

หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 3 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลหนองบัว 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 27 แห่ง รวมทั้งหมด 31 แห่ง มีผู้มารับบริการคัดกรองในกลุ่มที่มีผล FIT test positive เข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลอุดรธานี พบร้อยละ 30.75 ร้อยละ 30.16 ร้อยละ 43.59 ร้อยละ 35 ตามลำดับ และพบอุบัติการณ์ป่วยด้วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 41.54 ต่อแสนประชากร, 45.40 ต่อแสนประชากร, 45.47 ต่อแสนประชากร, 47.63 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และในจำนวนดังกล่าวพบการเสียชีวิตร้อยละ 3.70 ร้อยละ 3.33 ร้อยละ 18.75 ร้อยละ 0.00 ตามลำดับ[8] พบว่ามีแนวโน้มอัตราการป่วยเพิ่มขึ้น ส่วนอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มลดลง กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนได้ดำเนินโครงการให้ประชาชนอายุ 50 – 70 ปี ในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราการป่วยสูง ได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยวิธี Immunochemical Occult blood test โดยใช้ชุด FIT test และส่ง

ต่อผู้ที่มีผลการตรวจ Positive ได้รับการส่งต่อมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลอุดรธานี ผ่านจุดบริการผู้ป่วยนอกศัลยกรรมแต่เนื่องจากโรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ให้บริการตรวจผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมให้แก่ประชาชนในเขตอำเภอเมืองอุดรธานีและพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 4 วัน ในเวลาราชการ คือวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ยกเว้นวันพฤหัสบดีโดยมีผู้มารับบริการปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวน 25,361 ราย จำนวน 33,238 ราย จำนวน 18,396 รายต่อปีเฉลี่ย ผู้มารับบริการจำนวน 75-136 รายต่อวัน[9] หลังดำเนินการตามแนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่าสัดส่วนการส่องกล้อง Colonoscopy ในโรงพยาบาลอุดรธานี ของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มี FIT test ผลบวกเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 50.00 ในปีงบประมาณ 2567 มากกว่าค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 8 (ร้อยละ 48.77) แต่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดอุดรธานี (ร้อยละ 63.55)ซึ่งผู้วิจัยและคณะทำงานจะต้องพัฒนาต่อไป[10]

สถานการณ์พื้นที่รพ.สต.บ้านเลื่อมเป็นรพ.สต.ขนาดใหญ่ มีพื้นที่ 1 ไร่ 3 งาน 9 ตารางวามีเขตพื้นที่รับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน ทิศเหนือติดกับตำบลหมูม่น ทิศใต้ติดกับตำบลนาดี ตำบลชียงพิณ ทิศตะวันออกติดกับตำบลเทศบาลนครอุดรธานี ทิศตะวันตกติดกับตำบลเชียงยืน ตำบลเชียงพิณ ประชากรเพศชาย 7,529 คน เพศหญิง 8,551 คน รวม 11,246 คน หมู่บ้านทั้งหมด 7 หมู่บ้าน 20 ชุมชน จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 5,677 หลังคาเรือน จำนวนอสม. 224 คน รับผิดชอบหลังคาเรือนอัตรา 1:21 (หลังคาเรือน) ปัญหาจากการดำเนินงาน โดยพบว่ารพ.สต บ้านเลื่อมมีกลุ่มที่มีผล FIT test positive เข้าถึงบริการส่องกล้องดูลำไส้ที่โรงพยาบาลอุดรธานี 3 ปี 2565-2567 คือ ร้อยละ 25.00, 35.71, 0.00 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือร้อยละ 50 และมีแนวโน้มที่ลดลง การพัฒนาที่ผ่านมาได้พัฒนาแนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้เข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง โดยให้อสม.และผู้นำชุมชนได้มีส่วนร่วม แต่เนื่องจากยังไม่มีกระบวนการพัฒนาศักยภาพอสม.และผู้นำชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ประชุมเพื่อหาปัญหาร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน พบว่า อสม.และผู้นำชุมชน ต้องการที่จะพัฒนาเรียนรู้เพิ่มเติม เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการสื่อสาร เพื่อช่วยลดความเข้าใจคลาดเคลื่อนของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเรื่องการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ความวิตกกังวลในเรื่องของขั้นตอนยุ่งยากหลายขั้นตอน และกลัวผลการวินิจฉัย แต่พบว่า อสม.ในพื้นที่มีอายุ ประสบการณ์และการรับรู้ที่แตกต่างกัน ทำให้การแนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงคลาดเคลื่อนไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ รายละเอียดข้อมูลการสื่อสารไม่ครบถ้วน ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับรู้ข้อมูลไม่ครบถ้วน เกิดความวิตกกังวลในเรื่องของขั้นตอนยุ่งยากหลายขั้นตอน ทำให้ลืมวันนัด ไม่มีญาติ พาไปตรวจ ลางานไม่ได้ จากการทบทววรรณกรรมพบว่า การนำผลวิจัยไปใช้จะช่วยพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นในระยะยาว[11] เพื่อให้การแนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงดำเนินการไปในทิศทางเดียวกันและเป็นไปตามสภาพปัญหาในพื้นที่ และอสม.และผู้นำชุมชน เป็นบุคลากรที่สำคัญ ที่มีบทบาทใกล้ชิดกับประชาชน สามารถเป็นสื่อกลาง ในการสร้างความเข้าใจและส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ[12]โดยการพัฒนาศักยภาพอสม.และผู้นำชุมชน ให้มีความรู้และทักษะในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จึงเป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการคัดกรองวินิจฉัยและรักษาของประชาชนในชุมชน จำเป็นต้องอาศัย การมีส่วนร่วมจากสังคม เพราะเชื่อว่าปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับระบบใดระบบหนึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจจนสามารถสร้างความรู้เปลี่ยนระบบสังคมนั้น[13]

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม.และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม

2.ประเมินความพึงพอใจผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียวเปรียบเทียบผลก่อน -หลังดำเนินวิจัย สถานที่ศึกษาวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ระยะเวลาการศึกษาทำการเก็บข้อมูล ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรม การวิจัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568 - กันยายน 2568

งานวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (general system theory) ของ Karl Ludwig von Bertalanffy (อ้างโดย ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล)[13] กล่าวว่าระบบหนึ่งๆประกอบด้วย ระบบย่อย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กับส่วนใด ส่วนหนึ่งของระบบย่อย ย่อมมีผลต่อเนื่องกัน ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (IN PUT) วิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า (IN PUT) เดือนที่1-2 ประกอบด้วย 1. ทีมให้บริการ เครือข่ายสุขภาพโดยใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ จัดการฝึกอบรมให้ความรู้แก่ อสม.และผู้นำชุมชน เพื่อกระจายข้อมูลสู่ประชาชนการประชาสัมพันธ์: หอกระจายข่าวโดยผู้นำชุมชน และกลุ่มไลน์ อสม. นำเข้าสู่

กระบวนการ (PROCESS) โดยประยุกต์ใช้กับกระบวนการพยาบาลดังนี้

1) ประเมินปัญหา Assessment โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในปัจจุบัน ระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง เช่น ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมของประชาชน วิเคราะห์อุปสรรคในการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง เก็บข้อมูลและวิเคราะห์ อัตราป่วยและเสียชีวิตจากเวชระเบียน

2) วินิจฉัย Nursing Diagnosis ระบุปัญหาหลักที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง ประเด็นความรู้อสม.และผู้นำชุมชน ในพื้นที่มีอายุประสบการณ์ และการรับรู้ที่แตกต่างกัน ทำให้การแนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงคลาดเคลื่อนไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ ความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงไม่เพียงพอ และความกลัวความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจคัดกรอง

3) วางแผนการพยาบาล Nursing Plan โดยประชุมตัวแทนเครือข่ายในพื้นที่ คืนข้อมูลอัตราป่วยและเสียชีวิตจากการสืบค้นเวชระเบียน ร่วมตั้งเป้าหมายในการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ ฝึกอบรมให้ความรู้แก่อสม.และผู้นำชุมชน เพื่อกระจายข้อมูลสู่ประชาชนการประชาสัมพันธ์: หอกระจายข่าวโดยผู้นำชุมชน และกลุ่มไลน์ อสม. ออกแบบกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาวางแผนการให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนร่วมกัน วางแผนการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยบรรยายเนื้อหาประกอบไปด้วย ความหมาย สถานการณ์และสาเหตุ ความรุนแรง กลุ่มอาการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี ดังนี้

1.ค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยง อายุ 50 – 70 ปี ที่ต้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test

2.ประชาสัมพันธ์โดยผู้นำชุมชน ผ่านหอกระจายข่าวหรือเสียงตามสายในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1-4 (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) และกลุ่มไลน์หมู่บ้าน

3.แจกแผ่นพับ สอนวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระด้วยวิธี FIT Test มีค่า cut off ที่ 100 ng/ml ให้กลุ่มเสี่ยง โดยอสม. ที่ผ่านการอบรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

4.รวบรวมชุดตรวจและส่งต่อไปยัง รพ.สต.

5.เจ้าหน้าที่รพ.สต. แจ้งผลกับกลุ่มเสี่ยง

6.นัดส่องกล้อง (Colonoscopy) ในการเข้าถึงกระบวนการวินิจฉัยและรักษาแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลอุดรธานีโดยใช้แบบฟอร์มใบนัดตรวจโครงการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จากนั้นจึงใช้คำถามเข้าสู่ประเด็นเพื่อประเมินความรับรู้และเข้าใจ มีตัวแทนอสม. ผู้นำชุมชนและตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในรพ.สต. ร่วมดำเนินการเข้าสู่กระบวนการรับบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยอธิบายความเป็นมาของศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลรวมถึงให้อ่านคำอธิบาย และการยินยอมเข้าร่วมการศึกษา สิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษา หลังจากยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจึงขออนุญาตจดบันทึก ผู้ร่วมศึกษายินยอม จึงให้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าตอบแบบวัดความรู้สำหรับอสม.และผู้นำชุมชน ก่อนเข้ารับฟังแบบกลุ่มในประเด็นความรู้จาก แนวปฏิบัติใหม่เกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จากแนวปฏิบัติเดิมมี 3 ขั้นตอนเหลือ 2 ขั้นตอน เพื่อลดความวิตกกังวลในเรื่องของขั้นตอนยุ่งยากหลายขั้นตอนและกลัวผลการวินิจฉัย จึงเริ่มพูดคุยเปิดประเด็นเชื่อมโยงสู่เรื่องราวที่เป็นเป้าหมายจนจบประเด็นใช้เวลา 1 ชั่วโมง หลังจากนั้น ให้ผู้ร่วมศึกษาตอบแบบวัดความรู้สำหรับอสม.และผู้นำชุมชน หลังรับฟังประเด็นความรู้

4) ปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เดือนที่ 3 โดยเจ้าหน้าที่รพ.สต.บ้านเลื่อม ผู้นำชุมชนและอสม.ใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี อสม.สำรวจและค้นหากลุ่มเสี่ยง อายุ 50 – 70 ปี ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว หรือเสียงตามสายในชุมชน/กลุ่มไลน์หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่แจกชุดตรวจ FIT test แผ่นพับให้กับอสม. ที่ผ่านการอบรมให้ความรู้เรื่องแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอสม.สอนวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระให้กลุ่มเสี่ยง รวบรวมชุดตรวจส่งต่อไปยัง รพ.สต. และอธิบายขั้นตอนการเข้ารับการส่องกล้องในรายที่ผลตรวจผิดปกติ ส่งต่อไปยัง รพ.สต.เพื่อรับใบนัดไปที่โรงพยาบาลอุดรธานี

ผลลัพธ์ (OUT PUT)

5) ประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เดือนที่ 3-4 ติดตามประเมินผลการพยาบาลจาก 1) เปรียบเทียบร้อยละความรู้อสม.และผู้นำชุมชน ก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 2) ร้อยละความพึงพอใจของอสม.และผู้นำชุมชน ในการใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)และผู้นำชุมชน จำนวน 34 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อสม.ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เขต รพ.สต บ้านเลื่อม อ.เมืองอุดรธานี สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี สะดวกเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

2. มีประสบการณ์การทำงานเป็นอสม. อย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. อยู่ระหว่างการลางานหรืองดปฏิบัติหน้าที่อสม.

2.ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือเปลี่ยนใจถอนตัวก่อนหรือระหว่างการเก็บข้อมูล

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Powerกรณี ตัวแปรตามเป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous outcome) สถิติ Paired t-test / dependent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ สำหรับอสม. และผู้นำชุมชน เรื่องแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประเมินรูปแบบวัดความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติระหว่างกลุ่ม โดยตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน

จากนั้นสุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัดความรู้สำหรับ อสม. และผู้นำชุมชน เรื่อง

แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratitied Random Sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยการแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มตามที่อยู่อาศัย (หมู่บ้าน) โดยให้ประชากรในแต่ละชั้นภูมิมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด หลังจากนั้นทำการเทียบสัดส่วนขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มประชากรของ อสม. และผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม

จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนในแต่ละหมู่บ้านจนได้รายชื่อ อสม. และผู้นำชุมชน ครบ 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี โดยคณะกรรมการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติคปสอ.เมืองอุดรธานี ร่วมกับศัลยแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี (Clinical practice guideline) ปี พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยบรรยายเนื้อหาประกอบไปด้วย ความหมาย สถานการณ์และสาเหตุความรุนแรง กลุ่มอาการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี ดังนี้

1.ค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยง อายุ 50 – 70 ปี ที่ต้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test

2.ประชาสัมพันธ์โดยผู้นำชุมชน ผ่านหอกระจายข่าวหรือเสียงตามสายในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1-4 (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) และกลุ่มไลน์หมู่บ้าน

3.แจกแผ่นพับ สอนวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระด้วยวิธี FIT Test มีค่า cut off ที่ 100 ng/ml ให้กลุ่มเสี่ยง โดยอสม. ที่ผ่านการอบรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่

4.รวบรวมชุดตรวจและส่งต่อไปยัง รพ.สต.

5.เจ้าหน้าที่รพ.สต. แจ้งผลกับกลุ่มเสี่ยง

6.นัดส่องกล้อง (Colonoscopy) ในการเข้าถึงกระบวนการวินิจฉัยและรักษาแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลอุดรธานีโดยใช้แบบฟอร์มใบนัดตรวจโครงการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบวัดความรู้สำหรับอสม.และผู้นำชุมชน เรื่องแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นข้อคำถามส่งเสริมการเข้าถึงการวินิจฉัย รักษาโดยการส่องกล้อง(Colonoscopy) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับดังนี้

ตอบ ใช่ เมื่อเห็นว่าคำถามนั้นถูกต้อง ผู้วิจัยให้ 1 คะแนน

ตอบ ไม่ใช่ เมื่อเห็นว่าคำถามนั้นไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยให้ 0 คะแนน

ตอบ ไม่แน่ใจ เมื่อไม่แน่ใจว่าคำตอบนั้นถูกต้องหรือไม่ ผู้วิจัยให้ 0 คะแนน

แปลผลค่าคะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการ Learning for Mastery ของ (Bloom,1971)[14]

ความรู้ระดับสูง หมายถึง ตอบถูกต้องคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง ตอบถูกต้องคะแนนร้อยละ 60-79

ความรู้ระดับต่ำ หมายถึง ตอบถูกต้องคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจ ต่อการอบรมให้ความรู้กลุ่มอสม.และผู้นำชุมชน จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน 1.ส่วนเนื้อหา 2.วิทยากร 3.การนำไปใช้ เกณฑ์การแปลผล

ระดับความพึงพอใจมาก หมายถึง ตอบถูกต้องคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับความพึงพอใจปานกลาง หมายถึง ตอบถูกต้องคะแนนร้อยละ 60-79

ระดับความพึงพอใจต่ำ หมายถึง ตอบถูกต้องคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบวัดความรู้สำหรับเครือข่าย เรื่องแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 10 ข้อ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน 1. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลอุดรธานี 2.พยาบาลเลขา Service plan สาขามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลอุดรธานีและเขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี 3. พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี ได้ค่าความตรงเนื้อหา 0.67 - 1.00 นำไปทดลองใช้ในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกันที่ รพสต. ใกล้เคียง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ ริชารดสัน (KR 20) ได้เท่ากับ 0.75

ขั้นตอนการวิจัย

ปัจจัยนำเข้า (IN PUT) วิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า (IN PUT) เดือนที่1-2 ประกอบด้วย 1. ทีมให้บริการ เครือข่ายสุขภาพโดยใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ จัดการฝึกอบรมให้ความรู้แก่อสม. และผู้นำชุมชน เพื่อกระจายข้อมูลสู่ประชาชนการประชาสัมพันธ์: หอกระจายข่าวโดยผู้นำชุมชน และกลุ่มไลน์อสม.นำเข้าสู่

กระบวนการ (PROCESS) โดยประยุกต์ใช้กับกระบวนการพยาบาลดังนี้

1) ประเมินปัญหา Assessment โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในปัจจุบัน ระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง เช่น ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของประชาชน วิเคราะห์อุปสรรคในการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง เก็บข้อมูลและวิเคราะห์ อัตราป่วยและเสียชีวิตจากเวชระเบียน

2) วินิจฉัย Nursing Diagnosis ระบุปัญหาหลักที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการตรวจคัดกรองประเด็นความรู้อสม.และผู้นำชุมชน ในพื้นที่มีอายุประสบการณ์ และการรับรู้ที่แตกต่างกัน ทำให้การแนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงคลาดเคลื่อนไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ ความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงไม่เพียงพอ และความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจคัดกรอง

3) วางแผนการพยาบาล Nursing Plan โดยประชุมตัวแทนเครือข่ายในพื้นที่ คืนข้อมูลอัตราป่วยและเสียชีวิตจากการสืบค้นเวชระเบียน ร่วมตั้งเป้าหมายในการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ ฝึกอบรมให้ความรู้แก่อสม.และผู้นำชุมชน เพื่อกระจายข้อมูลสู่ประชาชนการประชาสัมพันธ์: หอกระจายข่าวโดยผู้นำชุมชน และกลุ่มไลน์อสม. ออกแบบกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาวางแผนการให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชน ร่วมกันวางแผนการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยบรรยายเนื้อหาประกอบไปด้วย ความหมาย สถานการณ์และสาเหตุความรุนแรง กลุ่มอาการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี ดังนี้

1.ค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยง อายุ 50 – 70 ปี ที่ต้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test

2.ประชาสัมพันธ์โดยผู้นำชุมชน ผ่านหอกระจายข่าวหรือเสียงตามสายในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1-4 (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) และกลุ่มไลน์หมู่บ้าน

3.แจกแผ่นพับ สอนวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระด้วยวิธี FIT Test มีค่า cut off ที่ 100 ng/ml ให้กลุ่มเสี่ยง โดยอสม. ที่ผ่านการอบรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

4.รวบรวมชุดตรวจและส่งต่อไปยัง รพ.สต.

5.เจ้าหน้าที่รพ.สต. แจ้งผลกับกลุ่มเสี่ยง

6.นัดส่องกล้อง (Colonoscopy) ในการเข้าถึงกระบวนการวินิจฉัยและรักษาแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลอุดรธานีโดยใช้แบบฟอร์มใบนัดตรวจโครงการตรวจคัดกรองและ

ตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จากนั้นจึงใช้คำถามเข้าสู่ประเด็นเพื่อประเมินความรับรู้และเข้าใจ มีตัวแทนอสม. ผู้นำชุมชนและตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในรพ.สต.ร่วมดำเนินการเข้าสู่กระบวนการรับบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยอธิบายความเป็นมาของศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลรวมถึงให้อ่านคำอธิบาย และการยินยอมเข้าร่วมการศึกษา สิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษา หลังจากยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจึงขออนุญาตจดบันทึก ผู้ร่วมศึกษายินยอม จึงให้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าตอบแบบวัดความรู้สำหรับอสม.และผู้นำชุมชน ก่อนเข้ารับฟังแบบกลุ่มในประเด็นความรู้จาก แนวปฏิบัติใหม่เกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จากแนวปฏิบัติเดิมมี 3 ขั้นตอนเหลือ 2 ขั้นตอน เพื่อลดความวิตกกังวลในเรื่องของขั้นตอนยุ่งยากหลายขั้นตอน และกลัวผลการวินิจฉัย จึงเริ่มพูดคุยเปิดประเด็น เชื่อมโยงสู่เรื่องราวที่เป็นเป้าหมายจนจบประเด็นใช้เวลา 1 ชั่วโมง หลังจากนั้น ให้ผู้ร่วมศึกษาตอบแบบวัดความรู้สำหรับอสม.และผู้นำชุมชน หลังรับฟังประเด็นความรู้

4) ปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เดือนที่ 3 โดยเจ้าหน้าที่รพ.สต.บ้านเลื่อม ผู้นำชุมชน และอสม.ใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี อสม.สำรวจและค้นหากลุ่มเสี่ยง อายุ 50 – 70 ปี ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว หรือเสียงตามสายในชุมชน/กลุ่มไลน์หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่แจกชุดตรวจ FIT test แผ่นพับให้กับอสม. ที่ผ่านการอบรมให้ความรู้เรื่องแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอสม.สอนวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระให้กลุ่มเสี่ยงรวบรวมชุดตรวจส่งต่อไปยัง รพ.สต. และอธิบายขั้นตอนการเข้ารับการส่องกล้องในรายที่ผลตรวจผิดปกติ ส่งต่อไปยัง รพ.สต.เพื่อรับใบนัดไปที่โรงพยาบาลอุดรธานี

ผลลัพธ์ (OUT PUT)

5) ประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เดือนที่ 3-4 ติดตามประเมินผลการพยาบาลจาก 1) เปรียบเทียบร้อยละความรู้อสม.และผู้นำชุมชนก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 2) ร้อยละความพึงพอใจของอสม.และผู้นำชุมชน ในการใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนก่อนและหลังความรู้เครือข่ายในการส่งเสริมการเข้าถึงกระบวนการวินิจฉัยและรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรม

ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี UDH REC No.75/2568

ผลการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการประเมินผลของการพัฒนาศักยภาพอสม.และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม ข้อมูลทั่วไปพบว่าอสม.และผู้นำชุมชน รวมจำนวน 34 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 29 คนคิดเป็นร้อยละ 85.30 มีอายุค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 57.2 (ร้อยละ 7.30) อาศัยอยู่ในหมู่ที่1 ร้อยละ 41.20 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 47.10

1.2 ผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม.และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้

ใหญ่และไส้ตรง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม

การวิเคราะห์ผลการพัฒนาศักยภาพอสม. และผู้นำชุมชน ใช้แบบวัดความรู้สำหรับอสม.และผู้นำชุมชน ก่อนและหลังการอบรมตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของอสม.และผู้นำชุมชน จำนวน 34 คน พบว่า ก่อนการให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.2 คะแนน (SD = 0.9) และหลังการให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 9.6 คะแนน (SD = 0.7) โดยส่วนต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.4 คะแนน (SD = 0.8) การทดสอบทางสถิติพบว่าความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.004) แสดงว่าการให้ความรู้มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ของอสม. และผู้นำชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนวัดความรู้สำหรับอสม.และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (N = 34 คน)

คะแนนความรู้	ค่าเฉลี่ย (S.D.)	ส่วนต่างค่าเฉลี่ย (S.D.)	p-value
ก่อนให้ความรู้	9.2 (0.9)	0.4 (0.8)	0.004
หลังให้ความรู้	9.6 (0.7)		

ตอนที่ 2 ประเมินความพึงพอใจผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ผลการศึกษา ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการอบรมให้ความรู้กลุ่มอสม.และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการ คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม จำนวน 34 คน พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 9.9 คะแนน (SD = 0.4)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เห็นว่าเนื้อหาความรู้มีความครบถ้วนและเข้าใจง่าย คิดเป็นร้อยละ 97.1 และเห็นว่ารูปแบบการฝึกอบรมและเนื้อหามีความเหมาะสมร้อยละ 100.0 ในขณะที่ด้านวิทยากร ผู้เข้าร่วมประเมินว่ามีความรู้และสามารถถ่ายทอดความรู้ได้ชัดเจนคิดเป็นร้อยละ 100.0 และด้านสื่อและอุปกรณ์มีความเหมาะสมช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ร้อยละ 97.1

นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) มีความเห็นว่าระยะเวลาในการจัดกิจกรรมเหมาะสม มีความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้เพื่อแนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยง รวมถึงเห็นว่าแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงช่วยเพิ่มทักษะการสื่อสารและการโน้มน้าวประชาชนได้อย่างชัดเจน ขณะเดียวกันร้อยละ 97.1 เห็นว่าการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนช่วยสนับสนุนการทำงาน และมีความมั่นใจมากขึ้นในการส่งเสริมตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

เมื่อสรุปภาพรวม พบว่าผู้เข้ารับการอบรมทุกคน (ร้อยละ 100.0) มีความพึงพอใจต่อการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพอสม.และผู้นำชุมชน ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านรูปแบบการอบรม ความเหมาะสมของเวลา การเสริมสร้างความมั่นใจและทักษะการสื่อสาร ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินการอบรมตามแนวทางดังกล่าวสามารถตอบสนองต่อความต้องการพัฒนาศักยภาพของผู้เข้าร่วมได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพอสม. และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพ อสม.และผู้นำชุมชน โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนั้น ส่งผลให้คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) สะท้อนให้เห็นว่า การจัดกิจกรรมการอบรมมีส่วนช่วยพัฒนาตามแนวทางดังกล่าวและสามารถตอบสนองต่อความต้องการพัฒนาศักยภาพของผู้เข้าร่วมอบรมได้จริงอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ[15]ว่า การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น หลังการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ย ด้านความรอบรู้และทักษะสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา และสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้อยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับ[16] ที่ระบุว่าความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับดี โดยส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสามารถค้นพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกได้และอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ และสอดคล้องกับ[17] ว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคน (ร้อยละ100) มีความเห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขควรสอนหรือให้ความรู้แก่ประชาชนที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวซึ่งยังไม่เจ็บป่วย เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักและมีความรู้เพียงพอที่จะนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง หัวข้อที่ควรสอนมากที่สุดคือความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค CRC (ร้อยละ 67.4)

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขระดับชุมชน ที่มุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้จริงได้ และยังสร้างทักษะในการปฏิบัติเช่น การให้คำแนะนำแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง วิธีการใช้แบบสอบถามคัดกรอง และการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงที่มีผล Fit test positiveเข้าถึงบริการวินิจฉัยและรักษาได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับ[18] ว่าเจ้าหน้าที่อสม. สามารถนำไปสู่การพัฒนาความรู้ทักษะการสื่อสาร การคิดเชิงระบบ ความมั่นใจในการมีส่วนร่วมกับนักศึกษาแพทย์ที่ดีขึ้น โปรแกรมเหล่านี้ยังช่วยให้เจ้าหน้าที่อสม. มีประสิทธิภาพมากขึ้นในบทบาทอาจารย์ผู้ช่วยและผู้ส่งเสริมสุขภาพชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำแนวทางการอบรมไปขยายผลสู่พื้นที่อื่นๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพของอสม.และผู้นำชุมชนใน ระดับกว้างมากขึ้น

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานสาธารณสุข ควรจัดให้มีการอบรมหรือทบทวนความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคงระดับความรู้และทักษะที่ได้รับ

3. ควรศึกษาผลการอบรมในระยะยาว เพื่อติดตามว่าความรู้และทักษะที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ใช้จริง ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่องหรือไม่

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาศักยภาพของ อสม.และผู้นำชุมชน กับอัตราการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อประเมินประสิทธิผลเชิงผลลัพธ์ที่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุดรธานี ทีมงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี เจ้าหน้าที่กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานีและผู้เกี่ยวข้อง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม เจ้าหน้าที่และอสม.ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม

ทุกท่าน ที่ช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2024). Colorectal cancer. [internet]. (date access 9 Nov 2024). Available from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer
2.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์.(2564). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก:https://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html
3. สุพจน์ พงศ์ประสบชัย, ทวีศักดิ์ แทนวันดี, สถาพร มานัสสถิตย์, บรรณาธิการ.(2557). Clinical Practice in Gastroenterology. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2557.
4. กระทรวงสาธารณสุข.(2568). นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.skho.moph.go.th/web/adm/uploads/agenda/14d6105d-5.1-aw-68-v15.pdf
5.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2565). สปสช.ร่วมรณรงค์ 'วันต่อต้านโรคมะเร็งแห่งชาติ' สิทธิประโยชน์บัตรทอง "คัดกรอง 4 โรคมะเร็ง" [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 8 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nhso.go.th/news/3840
6. อัญชลี สามงามมี, ถาวรัฐ เรือนโรจน์รุ่ง, พัชยา โพธิ์ทอง, รัชนีวรรณ จันทร์สว่าง, วริศรา จับไหว.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.lpch.go.th/km/uploads/20230530111314113481.pdf
7. ปัณณวัฒน์ โม้เวียง, ชนัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจ มาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/145284
8. โรงพยาบาลอุดรธานี.(2567). สรุปรายงานข้อมูลอัตราป่วยและเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงปี 2563 -2567. อุดรธานี: กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน, ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลอุดรธานี; 2567.
9. โรงพยาบาลอุดรธานี.(2567). สรุปรายงานข้อมูลผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม ปี 2563-2567. อุดรธานี: กลุ่มงานผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม, ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลอุดรธานี; 2567.
10. โรงพยาบาลสกลนคร เขตสุขภาพที่ 8.(2567). สรุปผลการประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายมะเร็งครบวงจร(Cancer Warrior) มุ่งเน้น 5 โรค เขตสุขภาพที่ 8. วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567. ห้องประชุมโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. 2567
11. ปาริฉัตร จันทร์ดำ.(2568). ผลการใช้แนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2568; 33 : 125-136
12. กฤษณา ภูพลผัน, นวลละออ แสงสุข, ชมสุภัค ครุฑกะ, บุญมี พันธ์ไทย.(2567). การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.16(1) 22-31 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 8 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/204976
13. ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง General System Theory. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; [ปีที่พิมพ์ไม่ปรากฏ].
14. Benjamin Bloom.(1971). Mastery learning [internet]. 1971 [cited 2024 Nov 03]. Available from: http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/bloome.pdf

15. ศิริโสภา ภูสีนา, วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา, นฤมล สินสุพรรณ.(2568). การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลาไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(2) 672-81[อินเทอร์เน็ต]. (เข้าถึงเมื่อ 18 สิงหาคม2568); เข้าถึงได้จากhttps://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/3008
16. ชนิศา เสนคราม.(2568). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ในอำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์: การวิจัยและพัฒนา. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ.10(1) 630-37 [อินเทอร์เน็ต]. (เข้าถึงเมื่อ19 ตุลาคม 256). เข้าถึงได้จากhttps://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/283238/188301
17. ศุภิสรา สุวรรณชาติ, ธิดารัตน์ นิ่มกระโทก.(ระดับความรู้และความต้องการข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชน. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 28(1). [อินเทอร์เน็ต]. (เข้าถึงเมื่อ 8 สิงหาคม 2568); 3 เข้าถึงได้จากhttps://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/257077/175921
18. กิตศราวุธ ขวัญจรี, ชวิน สุวรรณชาติชัยและสุธี รัตนมงคลกุล. ผลของการเสริมสร้างความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการศึกษาแบบสหวิชาชีพในชุมชนที่มีส่วนร่วม.[อินเทอร์เน็ต]. (เข้าถึงเมื่อ17 ตุลาคม 2566). เข้าถึงได้จาก https://www.ijme.net/archive/16/effect-of-enhancing-village-health-volunteer-ability/?ref=linkout

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวกดทับเส้นประสาทและยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

The nursing care of patients with Decompressive Laminectomy Surgery and Pedicular Screw at Kalasin Hospital.

(Received: March 26,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

นันทพร ภาวะบุตร[1]
Nunthaporn Pawaput[1]

บทคัดย่อ

การเปรียบเทียบศึกษา จำนวน 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทและยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะ 2) ให้ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทและยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลจากบัตรบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทที่มารับบริการที่ห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง ระหว่างเดือนมิถุนายน 2568 ถึงเดือนสิงหาคม 2568

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 60 ปี มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ด้วยอาการสำคัญ ปวดเอว ชาขาทั้ง 2 ข้าง ก้มเงยไม่ได้ปกติ แพทย์ตรวจร่างกายและส่งตรวจกระดูกสันหลัง MRI ผลการตรวจพบมีการกดทับเส้นประสาทเนื่องจากช่องกระดูกสันหลังตีบแคบอย่างรุนแรงของกระดูกสันหลังส่วนเอวชิ้นที่ 4 ชิ้นที่ 5 ถึงกระดูกก้นกบ แพทย์นัดผ่าตัด วันที่ 12 มิถุนายน 2568 Set OR for Decompressive Laminectomy L4-5, L5-S1 with Pedicular screw ใช้เวลาผ่าตัด 3 ชั่วโมง เสียเลือดทั้งหมด 1,000 ml ขณะผ่าตัดได้รับการให้ PRC จำนวน 2 ถุง เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีประวัติสูบบุหรี่วันละ 6-๘ มวนจึงทำให้เกิดมีภาวะแทรกซ้อนปอดแฟบร่วมด้วยและหลังผ่าตัด 1 วัน ปวดแผลผ่าตัดมากได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา อาการปวดแผลทุเลาลงตามลำดับ ระดับการรับรู้และสัญญาณชีพปกติ ไปหัดทำกายภาพ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 21 มิถุนายน 2568 รวมอยู่โรงพยาบาล 10 วัน กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 55 ปี มาด้วยอาการ ปวดเอวเรื้อรังและร้าวไปด้านหลังของต้นขา เมื่อมีการกำเริบของอาการจะมีความเจ็บปวดมากและหลังแข็ง มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนได้รับการรักษาด้วยยาบรรเทาอาการปวดและการทำกายภาพบำบัดแต่อาการไม่ดีขึ้นจึงถูกส่งตัวมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แพทย์ตรวจร่างกายและส่งตรวจกระดูกสันหลัง MRI ผลการตรวจพบความผิดปกติของกระดูกสันหลังตามแนวขวางซึ่งพบว่ากระดูกข้อต่อมีการเกยกันและมีการเคลื่อนของกระดูกสันหลังส่วนเอวชิ้นที่ 4 ถึงชิ้นที่ 5 แพทย์นัดผ่าตัด วันที่ 19 สิงหาคม 2568 Set OR for Decompressive Laminectomy L4-5 with Pedicular screw ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 30 นาที เสียเลือดทั้งหมด 700 ml ขณะผ่าตัดได้รับการให้ PRC จำนวน 1 ถุง หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา อาการปวดแผลทุเลาลงตามลำดับ ระดับการรับรู้และสัญญาณชีพปกติ ไปหัดทำกายภาพ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 25 สิงหาคม 2568 รวมอยู่โรงพยาบาล 7 วัน

คำสำคัญ กระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท การผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทและยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะ การพยาบาล

Abstract

Objectives of this study were: 1) to implement nursing care for patients undergoing spinal decompression and fixation, and 2) to ensure patient safety and the prevention of complications during hospitalization. Data were collected from the inpatient medical records of patients who received surgical services at Kalasin Hospital between June 2025 and August 2025.

Case Study 1: Patient male 60 year old presented at Kalasin Hospital with a chief complaint of low back pain, bilateral leg numbness, and limited spinal mobility (inability to bend or extend normally). Physical examination and MRI revealed severe spinal stenosis with nerve compression at the L4-L5 to L5-S1 levels. The patient was scheduled for surgery on June 12, 2025, for Decompressive Laminectomy (L4-S1) with pedicle screw fixation. The

[1] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

procedure lasted 3 hours with a total blood loss of 1,000 ml; 2 units of Packed Red Cells (PRC) were administered intraoperatively. Due to a smoking history of 6–8 cigarettes per day, the patient developed postoperative atelectasis. On the first postoperative day, the patient experienced severe surgical site pain, which was managed with prescribed analgesics and subsequently improved. Cognitive status and vital signs remained stable. Following physical therapy, the patient was discharged on June 21, 2025, with a total hospital stay of 10 days. Case Study 2: Patient female 55 year old presented with chronic low back pain radiating to the posterior thigh. During exacerbations, she experienced severe pain and spinal stiffness. She had previously received analgesics and physical therapy at a community hospital without improvement and was subsequently referred to Kalasin Hospital. MRI findings indicated transverse spinal abnormalities, including facet joint overriding and spondylolisthesis at the L4-L5 level. Surgery was scheduled for August 19, 2025, for Decompressive Laminectomy (L4-L5) with pedicle screw fixation. The procedure lasted 2 hours and 30 minutes with 700 ml of blood loss; 1 unit of PRC was administered. Postoperatively, the patient's pain was managed according to the treatment plan and gradually subsided. With stable vital signs and cognitive function, she underwent physical therapy and was discharged on August 25, 2025, totaling 7 days of hospitalization.

Keyword : Herniated Disc, Decompressive Laminectomy Surgery and Pedicular Screw, Nursing care

บทนำ

กระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท เป็นภาวะที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของโครงสร้างกระดูกสันหลังทำให้ทรุดตัวและไปกดเบียดเส้นประสาท ทำให้เส้นประสาทเกิดการอักเสบ สังเกตอาการกระดูกทับเส้นประสาท ได้ดังนี้ ปวดหลัง ปวดบริเวณเอว เป็นๆหายๆ ปวดร้าวลงไปถึงขา น่อง หรือเท้า[1]

ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นภาวะกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทจะพบได้ทุกช่วงอายุ แต่พบได้มากที่สุดอายุช่วง 50 ปีขึ้นไป จะพบได้ในเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ซึ่งอุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจน ผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวลกับอาการที่เกิดขึ้น เช่น อาการปวดหลังอย่างมากและเรื้อรัง,กล้ามเนื้อขาไม่มีแรง,ขาเหยียดตรงและยกขาได้ลำบาก,ชาขาทั้งสองข้าง,ก้มเงยไม่ได้ปกติ อาการที่พบมีสาเหตุจากการทับเส้นประสาทของหมอนรองกระดูกที่อยู่ระหว่างช่องของกระดูกสันหลังจึงทำให้มีอาการดังกล่าว การรักษาเบื้องต้นด้วยการรักษาด้วยยา, ทำกายภาพบำบัด, การใส่อุปกรณ์พยุงกระดูก วิธีการรักษาเหล่านี้พบว่าได้ผลดีเฉลี่ย 40-50% ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรคและปัจจัยอื่นๆ ถ้าการรักษาเบื้องต้นไม่ประสบความสำเร็จ และผู้ป่วยในกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการปวดหลังปวดเอวมากขึ้นและชาขาทั้งสองข้างจึงจำเป็นต้องรับการรักษาโดยวิธีผ่าตัด[2]

วิธีการผ่าตัดแบบ Laminectomy ใช้วิธีดมยาสลบ (General anesthesia), ท่าผู้ป่วยนอนคว่ำบนเตียงผ่าตัด แพทย์จะทำการตรวจเช็คระดับของกระดูกสันหลังส่วนที่จะผ่าตัดโดยการใช้เอ็กซเรย์ก่อนและหลังทำการผ่าตัด แผลผ่าตัดเป็นแผลแนวยาวกึ่งกลางลำตัว 5-12 เซนติเมตรและแพทย์จะทำการผ่าตัดเอากระดูก, เนื้อเยื่อรอบๆกระดูกและหมอนรองกระดูกส่วนที่กดทับเส้นประสาทออก ซึ่งใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 1.5- 3 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยได้รับรู้ว่าจะต้องทำการผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทจะเกิดปฏิกิริยา เช่น กลัว, หมอตรวจถูกแน่หรือว่าจะต้องผ่าตัดและมีคำถามต่อว่าหลังผ่าตัดเสร็จจะหายจากอาการดังกล่าวไหม,จะพิการไหม,จะมีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ ทั้งหมดที่ผู้ป่วยถามบ่งบอกถึงกลัวภาพลักษณ์และชีวิตจะเปลี่ยนไปในทางที่แย่ลง การพยาบาลผู้ป่วยจึงสำคัญทุกขั้นตอนเริ่มตั้งแต่การรับทราบข้อวินิจฉัยโรค แผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด[3]

จากสถิติบริการมีผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทที่มารับบริการที่ห้องผ่าตัดข้อโรงพยาบาลกาฬสินธุ์พบว่า ปี 2566, 2567 และ 2568 จำนวน 37 ราย, 43 รายและ 46 ราย (โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2566-2568) รับเข้าไว้ดูแลทั้งหมดตามลำดับ[4]

ดังนั้นการพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะ และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะได้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทและยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นหลัก ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นอย่างมากจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้า รวบรวมความรู้ด้านวิชาการการพยาบาลและประสบการณ์จากการทำงาน เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทและยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายโดยได้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน, ประวัติการเจ็บป่วย, ประวัติครอบครัว , ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกาย และการรักษาของแพทย์ เพื่อเป็นข้อมูลนำไปวิเคราะห์ที่จะประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทและยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะ แล้วมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทและและยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกันไป ในระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม 2568 โดยเก็บข้อมูลจากสมุดบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย โดยให้การพยาบาล 3 ระยะ คือ 1) การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด 2) การพยาบาลระยะขณะผ่าตัด 3) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวกดทับเส้นประสาทและยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ตาราง 1 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
<u>การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด</u> **ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดเอวและชาขาทั้ง 2 ข้าง** กรณีศึกษาที่ 1, 2	<u>วัตถุประสงค์</u> สุขสบายปวดเอวและเอวแข็งน้อยลง <u>เกณฑ์การประเมิน</u> ผู้ป่วยปวดเอวน้อยลง และนอนหลับพักผ่อนได้เป็นพักๆ <u>ประเมินผลทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นปวดน้อยลง	1. สังเกตอาการปวดเอว เวลาใช้งานมากผิดปกติ เอวจะแข็ง เคลื่อนไหวได้น้อย ก้มเงยไม่ได้ปกติ ถ้ามีอาการผิดปกติดังกล่าวรายงานแพทย์ 2. แนะนำปรับลักษณะการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีผลกระทบที่จะทำให้เกิดอาการปวดเอวและเอวแข็ง 3. แนะนำให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น หายใจเข้าออกช้าๆ ลึกๆ เวลาปวด เบี่ยงเบนความเจ็บปวดโดยวิธีการต่างๆ เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ

ตาราง 1 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
		4. ดูแลให้ยาลดอาการปวด เช่น Paraceatamol 1 เม็ดทางปากและใส่ Lumbar Support
ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยและญาติยินยอมทำการรักษาด้วยความเข้าใจและให้ความร่วมมือผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามตามคำแนะนำได้ ประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดด้วยความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการที่จะรับการรักษาครั้งนี้ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	1. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัด รวมถึงความเข้าใจและความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับการรักษา การคาดการณ์ถึงสภาพของตนเองหลังผ่าตัด ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ผ่านมาและแหล่งสนับสนุนทางสังคม 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและกิจวัตรในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ชาย 3. ประเมินอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความวิตกกังวล เช่น นอนไม่หลับ สีหน้าตึงเครียด หงุดหงิด 4. ให้เวลาในการพูดคุยและระบายความวิตกกังวล โดยพยาบาลแสดงออกถึงความ เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยใช้การสัมผัสเมื่อถ่ายทอด ความห่วงใยและเอื้ออาทร 5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรค เหตุผลที่ต้องทำการผ่าตัดข้อดีที่ได้จากการผ่าตัด ข้อสงสัยถ้าไม่ทำผ่าตัด จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่างๆ และแก้ไขความเข้าใจที่ผิดหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง 6. เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และแพทย์ในการซักถามข้อสงสัยจากแพทย์โดยตรงในขณะที่แพทย์อธิบายผู้ป่วยพยาบาล ควรอยู่ด้วยเมื่อมีอะไรที่ยังสงสัยหรือไม่ชัดเจน พยาบาลควรอธิบายเพิ่มเติม 7. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี ทุกฝ่ายพร้อมจะให้ความช่วยเหลือ 8. แนะนำให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลายและให้อิสระในการเลือกตามความสนใจ เช่น การฟังดนตรี การอ่านหนังสือ การทำสมาธิ และการบริหารการหายใจ 9. ให้ข้อมูลแก่บุคคลในครอบครัวถึงสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวล และขอความร่วมมือเอาใจใส่ให้กำลังใจผู้ป่วย
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก เกณฑ์การประเมิน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา ความดันโลหิตของผู้ป่วยอยู่ในช่วงปกติ คือ 120/70 - 130/90 มล.	1.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาลดความดันโลหิต ต่อเนื่องมาจนถึงเช้าวันผ่าตัด ตามแผนการรักษา คือ Enalapril 1 เม็ด ทางปากหลังอาหารวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น 2. ดูแลให้ความดันโลหิตควรน้อยกว่าหรือเท่ากับ 180/110 mmHg ตามแผนการรักษาของแพทย์ หากผิดปกติรายงานแพทย์เจ้าของไข้รับทราบเพื่อให้การรักษาแก้ไขก่อนผ่าตัด 3.ประเมินผู้ป่วยจากการตรวจร่ายกาย,ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเอกซเรย์ปอด หากพบว่ามีความผิดปกติต้องรีบประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ทันที เพื่อรักษาแก้ไขก่อนผ่าตัด

ตาราง 1 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
	ปรอท และผลการตรวจร่างกาย, ผลเลือด, ผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และผลเอกซเรย์ปอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ	
<u>การพยาบาลระยะขณะผ่าตัด</u> **เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึกเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง** กรณีศึกษาที่ 1	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรก ซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก <u>เกณฑ์การประเมิน</u> ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความ รู้สึกจากการมีภาวะความดันโลหิตสูง <u>ประเมินผลการพยาบาล</u> ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายและสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ	1. เตรียมยาลดความดันโลหิตให้พร้อมใช้งาน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2. เฝ้าระวังสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจค่าคาร์บอนไดออกไซด์ขณะหายใจทางท่อช่วยหายใจ ค่าออกซิเจนในเลือด และอาการที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดจนการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที 3. ให้การพยาบาลตลอดจนทำหัตถการด้วยความนุ่มนวล 4. หลีกเลี่ยงยาระงับความรู้สึกที่กระตุ้น Sympathetic เพื่อป้องกันไม่ได้เกิดความดันโลหิตสูง
เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายขณะผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 2	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะวางยาสลบและป้องกันการสำลักเศษอาหารและน้ำเข้าหลอดลม <u>เกณฑ์การประเมิน</u> ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายขณะผ่าตัด <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย	1. ตรวจสอบการงดอาหารและน้ำก่อนการผ่าตัดจากผู้ป่วยและในบันทึกรายงานของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง ซักถามประวัติการแพ้ยาและโรคประจำตัวอื่นๆว่ามีหรือไม่ ถ้ามีให้แจ้งแพทย์ 2. ตรวจสอบการลงนามยินยอมการรักษาผ่าตัด 3. ตรวจสอบของมีค่าและฟันปลอมของผู้ป่วยว่าได้ถอดเก็บเรียบร้อยก่อนไปห้องผ่าตัด 4. ตรวจสอบผลการชันสูตรต่างๆ ทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจร่างกายจากรายงานประวัติผู้ป่วย 5. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 5 นาที ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์ 6. ตรวจสอบอุปกรณ์การให้ยาระงับความรู้สึกให้พร้อมและใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 7. ตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ การดูดเสมหะให้มีพร้อมและใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการจัดท่าและนอนท่าเดิมเป็นเวลานานขณะผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าและนอนท่าเดิมเป็นเวลานาน <u>เกณฑ์การประเมิน</u> ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าและนอนท่าเดิมเป็นเวลานานขณะผ่าตัด <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่า เช่น ไม่มีรอยแดงบริเวณปุ่มกระดูก ไม่มีการบาดเจ็บของเส้นประสาท	1. ประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยจัดให้นอนคว่ำคุกเข่าหมอนรองหน้าอกและเชิงกรานจัดให้บริเวณท้องฟรี ไม่มีอะไรกดทับบริเวณท้อง 2. สังเกตจาก Air-way pressure ควรน้อยกว่า 20 mmHg 3. ตรวจสายสวนปัสสาวะว่าไหลได้สะดวกไม่มีอะไรกดทับใช้สำลี, ฟองน้ำรองบริเวณเข่าเพื่อป้องกันการเกิด pressure sore 4. สังเกตระบบทางเดินหายใจ และการไหลเวียนเลือดเพราะอาจมีการกดทับบริเวณหน้าอก, บริเวณท้อง, กระดูกขาทั้ง 2 ข้าง อาจพบอาการเจ็บบริเวณหน้าอกหลังการผ่าตัดเนื่องจากมีแรงตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณดังกล่าวได้
เสี่ยงต่ออาบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและเส้นประสาทจากการผ่าตัด	<u>วัตถุประสงค์</u>	1. ประเมินลักษณะของพยาธิสรีระก่อนและเลือกใช้อุปกรณ์ให้เหมาะ สมกับการผ่าตัดของอวัยวะต่างๆ

ตาราง 1 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษาที่ 1, 2	เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและเส้นประสาทจากการผ่าตัด เกณฑ์การประเมิน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและเส้นประสาทจากการผ่าตัด การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและเส้นประสาท	2. ปรับเครื่องจี้ไฟฟ้าให้มีกำลังไฟที่ค่าลงต่ำและเหมาะสมตามความต้องการของแพทย์ เพราะกำลังไฟที่ค่าสูงจะทำลายเนื้อเยื่อและเส้น ประสาท 3. ในขณะที่ผ่าบริเวณใกล้ Dura ใช้ Suction Pressure Control เข้าไปดูดเลือดแทน Suction ปกติเพราะแรงการดูดของ Suction จะไปทำลายเนื้อเยื่อและเส้นประสาทเกิดการ บาดเจ็บขึ้นได้ 4. เตรียมอุปกรณ์ไว้ผูกเส้นเลือด เช่น เตรียม Right angle clamp และ Silk 3/0 ให้พร้อมใช้งาน
เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง กรณีศึกษาที่ 1, 2	วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง เกณฑ์การประเมิน ไม่มีการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง การประเมินผลทางการพยาบาล ไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดครั้งนี้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่งและถูกชนิดของการผ่าตัด	1. แรกรับเมื่อมาถึงห้องผ่าตัด ตรวจสอบผู้ป่วยที่จะทำผ่าตัดให้ตรงกับชื่อ-สกุล ตำแหน่ง ชนิดของการผ่าตัด ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเวชระเบียนของผู้ป่วย 2. ตรวจสอบ Mark site โดยแพทย์จะทำการวงกลมตำแหน่งที่จะผ่าตัดให้เรียบร้อยก่อนส่งผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดเพื่อเข้ารับการผ่าตัด 3. ตรวจสอบซ้ำขั้นตอนการรับผู้ป่วยในห้องผ่าตัด และขั้นตอนการผ่าตัดในห้องผ่าตัด โดย 3.1 เมื่อศัลยแพทย์เข้ามาบริเวณห้องผ่าตัดทำการ sign in และพยาบาล Sign in (ทำก่อนให้ยาระงับความรู้สึก) ตรวจสอบความถูกต้องของ ชื่อ - นามสกุล อายุ โรค การผ่าตัด แพทย์ผู้ทำผ่าตัด โดยถามจากผู้ป่วยโดยตรง และตรวจให้ตรงกับแฟ้มประวัติของผู้ป่วย 3.2 Time Out (ทำก่อนศัลยแพทย์ลงมีด) ทีมงานผ่าตัดแต่ละคนแนะนำตัว และหน้าที่ของตนเอง แพทย์ขานชื่อ - นามสกุล อายุ ของผู้ป่วย Diagnosis, Operation ได้วางแผนขั้นตอนการผ่าตัดอย่างไร ข้างไหน ด้วยวิธีใด โดยมีพยาบาลห้องผ่าตัด และทีมผ่าตัดยืนยันความถูกต้อง แพทย์บอกภาวะเสี่ยงที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เช่น Bleeding และแพทย์แจ้งให้ทีมทำการเตรียมเครื่องมือพิเศษที่คาดจะใช้ในการผ่าตัด เช่น ชุดกรอ เป็นต้น 3.3 Sign Out (อ่านออกเสียงและทำก่อนที่ผู้ป่วยและทีมผ่าตัดจะออกจากห้องผ่าตัด)พยาบาลห้องผ่าตัดยืนยันกับศัลยแพทย์ผู้ทำผ่าตัดด้วยวาจา
เสี่ยงต่อสิ่งตกค้างในร่างกาย ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1, 2	วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกาย เกณฑ์การประเมิน ไม่มีสิ่งตกค้างในร่างกาย การประเมินผลทางการพยาบาล ไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ครั้งนี้ไม่มีสิ่งตกค้างในร่างกาย	1. ก่อนการผ่าตัดพยาบาลส่งเครื่องมือมีการนับจำนวนก๊อส ผ้าซับโลหิต และ cottanoid ในการผ่าตัด และมีการขานนับร่วมกับพยาบาลช่วยรอบนอก เพื่อเป็นการตรวจสอบซ้ำว่ามีจำนวนถูกต้อง 2. พยาบาลช่วยรอบนอกมีการเขียนจำนวนก๊อส ผ้าซับโลหิต และ cottanoid ที่ใช้ในการผ่าตัดบนกระดานให้ถูกต้องชัดเจน 3. พยาบาลส่งเครื่องมือมีการตรวจสอบนับจำนวนก๊อส ผ้าซับโลหิต และcottanoid ให้ครบถ้วนและแจ้งทีมให้รับทราบร่วมกันก่อนการเย็บปิดชั้นผิวหนัง

ตาราง 1 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเสียเลือด เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะช็อก การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการห้ามเลือดอย่างทันท่วงทีเสียเลือด การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่นและสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดทั้งหมด 1,000 มิลลิลิตร และขณะผ่าตัดได้รับการให้เลือดชนิดเม็ดเลือดแดงเข้มข้น จำนวน 2 ถุง	1. ประเมินลักษณะทางกายวิภาคของกระดูกสันหลัง และประเมินการจะเสียเลือดบริเวณแผลผ่าตัด 2. เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้สำหรับห้ามเลือด เช่น เครื่องจี้ และวัสดุผูกเย็บ 3. สังเกตสัญญาณชีพถ้าพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบทันที 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา คือ 5. สังเกตลักษณะของแผลผ่าตัดว่ามีเลือดซึมหรือไม่ ถ้ามีรายงานแพทย์
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ กรณีศึกษาที่ 1, 2	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีอาการแสดงถึงภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ผิวหนังและปลายนิ้วมือไม่ซีดเย็น	1. ประเมินภาวะอุณหภูมิร่างกายลดต่ำ 2. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบและใช้เครื่องให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยแรงดันร้อนคลุมบริเวณหน้าอกเพื่อให้ร่างกายอบอุ่น 3. ควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้อยู่ 18 - 22 องศาเซลเซียล 4. ดูแลคลุมผ้าให้ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด เปิดเฉพาะส่วนที่ต้องทำความสะอาดบริเวณที่จะผ่าตัดเท่านั้น 5. เตรียม 0.9 % NSS Irrigation อุ่นในการล้างอวัยวะในขณะผ่าตัด และใช้ swab ชุบน้ำอุ่นเช็ดตัวผู้ป่วย 6. เฝ้าระวังภาวะอุณหภูมิกายต่ำโดยดูการวัดอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยและสังเกตจากอาการตัวเย็น ขนลุก หนาวสั่นผิวหนังเย็นและแดง
เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อ เกณฑ์การประเมิน ไม่มีภาวะติดเชื้อจากการผ่าตัด การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่ภาวะติดเชื้อจากการผ่าตัด และขณะผ่าตัดใช้หลักการของ Sterile technique	1. ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วๆ ไป เช่น อาบน้ำ, เปลี่ยนเสื้อผ้า, ผม, เล็บ สะอาด 2. ทำความสะอาดบริเวณที่จะทำการผ่าตัด โดยการล้างมือให้สะอาด เช็ดมือและสวมถุงมือ 3. ใช้ Sponge Forceps พร้อม Gauze sterile ชุบน้ำยา Betadine Solution ทาบริเวณ หลังที่จะทำการผ่าตัดเป็นวงกลม ออกไปโดยรอบ รัศมี 8-12 นิ้วแล้ว Paint อีกครั้ง 4. ตรวจสอบเครื่องใช้ให้พร้อม โดยผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อทุกชิ้น 5. การหยิบใช้และส่งเครื่องมือผ่าตัด ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนของการทำให้ปราศจากเชื้อโดยเคร่งครัด เช่น ไม่นำเครื่องมือที่ใช้แล้วไปวางรวมกับเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อโรค
<u>การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด</u> **เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน** กรณีศึกษาที่ 1, 2	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ เกณฑ์การประเมิน ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนและภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ค่าออกซิเจนในเลือด SpO_2 95 - 100 %	1. จัดท่าผู้ป่วยให้นอนคว่ำ suction เพื่อให้เสมหะออกมาป้องกันการสำลัก 2. ให้ออกซิเจนทางหน้ากากครอบหน้า 6 ลิตร/นาที 3. วัดสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที 4 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง จนกว่าจะปกติและทุก 4 ชั่วโมง เพื่อดูอาการเปลี่ยนแปลง

ตาราง 1 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
	การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยปลายมือปลายเท้าไม่เขียว SpO_2 94-98 % สัญญาณชีพความดันโลหิต 120/80-130/90 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 72-86 ครั้ง/นาที, หายใจ 20-24 ครั้ง/นาที	4. ดูแลให้ความอบอุ่นเพื่อป้องกันภาวะหนาวสั่น ซึ่งจะทำให้ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น
ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยปวดแผลน้อยลง และได้รับการดูแลบรรเทาปวดตามแผนการรักษา การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จาก Pain score 0 - 10 หลังผ่าตัดวันที่สองผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดในระดับ 6 คะแนน และค่อยๆ ปวดทุเลาลงตามลำดับ	1. ประเมินสภาวะการรับรู้ ภาวะสุขภาพและผลกระทบ เช่น การปวดแผลทำให้ผู้ป่วยหายใจเข้า - ออกตื้นๆ 2. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายไม่มีเสียงรบกวน ดูแลความสะอาดของรอบๆเตียงผู้ป่วย 3. พูดคุยปลอบโยนจิตใจให้ยอมรับความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดบ้าง แนะนำระยะเวลาของการเจ็บปวดจากระยะแรกจะมากและจะค่อยๆ ทุเลาลงเรื่อยๆ 4. ประเมินตำแหน่งลักษณะความเจ็บปวดและความรุนแรงของความเจ็บปวดของผู้ป่วย ด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดแบบ Pain score 0 - 10 คะแนน 5. จัดให้ผู้ป่วยนอนท่า Supine's position และให้สุขสบาย 6. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลหลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนแผลที่บริเวณหลัง 7. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา คือ MO 6 mg muscle ทุก 6 hr และParacetamol (500 mg) 1 tab oral prn. 8. สังเกตลักษณะของแผลผ่าตัดที่หลังว่ามีบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีราย งานแพทย์
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด เกณฑ์การประเมิน ไม่มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด เช่น แผลไม่บวมแดง ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดไม่ซึม เป็นต้น การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดแห้งสะอาด, ระบบการทำงานของสายระบาย และสายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิด และสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37-37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 74-84 ครั้ง / นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต120/80-130/90 มล.ปรอท	1. ดูแลให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกายก่อนไปห้องผ่าตัด 2. เตรียมยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Cefazolin 1 gm ไป OR 3. เมื่อผู้ป่วยกลับมาจากห้องผ่าตัด ประเมินสัญญาณชีพและบันทึก ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย หากผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ ประเมินและสังเกตอาการของภาวะติดเชื้อ เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัดมาก แผลมีหนอง มี discharge ซึม 4. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อ เช่น ไม่ให้แผลถูกน้ำ, หากแผลมี discharge ซึมมากให้รีบแจ้งพยาบาลเพื่อเปลี่ยน Dressing แผลใหม่, ไม่ใช้มือจับแกะเกาแผลและสังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล เพราะทำให้แผลมีโอกาสติดเชื้อ อักเสบหรือหายช้าได้ 5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ off Cefazolin ให้ Ceftriaxone 2 gm vein , Cloxacillin 2 gm vein ทุก 6 hr. 6. แนะนำรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มี

ตาราง 1 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
		วิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น
เสี่ยงต่อภาวะออกซิเจนพร่องเนื่องจากมีภาวะถุงลมปอดแฟบ กรณีศึกษาที่ 1	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะถุงลมปอดแฟบหลังการผ่าตัด <u>เกณฑ์การประเมิน</u> ผู้ป่วยหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มี secretion และผลเอกซเรย์ปอดปกติ <u>ประเมินผลการพยาบาล</u> ผู้ป่วยหายใจไม่หอบอยู่ช่วง 20-24 ครั้ง/นาที มี secretion จำนวนน้อยลงและผลเอกซเรย์ปอดข้างขวาปกติ	1.ประเมินลักษณะการหายใจของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 2.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาคือ ให้ออกซิเจน canular 3 LPM 3.กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งและทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง 4.ดูแล suction เสมหะของผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ 5.ส่งผู้ป่วย consult PT เพื่อเคาะปอดและทำกายภาพบำบัด 6.วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชม.ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 7.ติดตามผลเอกซเรย์ตามแผนการรักษาของแพทย์
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด <u>เกณฑ์การประเมิน</u> ไม่มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด เช่น แผลไม่บวมแดง ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดไม่ซึม เป็นต้น <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยหลังผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่ซึม แผลแห้งดี และสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.8 - 37.3 องศาเซลเซียส หายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 70-86 ครั้ง/นาที	1. ดูแลให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกายก่อนไปห้องผ่าตัด 2. เตรียมยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Cefazolin 1 gm ไป OR 3. เมื่อผู้ป่วยกลับมาจากห้องผ่าตัดประเมินสัญญาณชีพและบันทึก ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย หากผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ ประเมินและสังเกตอาการของภาวะติดเชื้อ เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัดมาก แผลมีหนอง มี discharge ซึม 4. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อ เช่น ไม่ให้แผลถูกน้ำ, หากแผลมี discharge ซึมมากให้รีบแจ้งพยาบาลเพื่อเปลี่ยน Dressing แผลใหม่, ไม่ใช้มือจับแกะเกาแผลและสังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล เพราะทำให้แผลมีโอกาสติดเชื้อ อักเสบหรือหายช้าได้ 5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Cefazolin 1 gm vein then ทุก 6 hr in 24 hr. 6. แนะนำรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น
ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลและสามารถปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดได้ถูกต้อง <u>เกณฑ์การประเมิน</u> ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง สามารถอธิบายและตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องโดย	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด 2. ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดดังนี้ 2.1 การดูแลแผล 2.1.1 ห้ามให้แผลถูกน้ำจนกว่าจะครบกำหนดเปิดแผล 2.1.2 แผลนี้เย็บด้วยไหมละลายไม่ต้องตัดไหม แต่ถ้าแผลบวม แดง ร้อน มีกลิ่นเหม็น ปวดมากและมีไข้ให้รีบมาพบแพทย์โดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด 2.2 อาหาร

ตาราง 1 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
	สามารถตอบคำถาม ทบทวนความรู้ที่ให้ไปได้ถูกต้อง และไม่เกิดภาวะแทรกภาซ้อนตามมา	2.2.1 แนะนำรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น 2.2.2 ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และอาหารหมักดอง 2.2.3 ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว 2.3 คำแนะนำสำหรับท่าที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัว 2.3.1 ท่ายืน ยืนอกผายไหล่ผึ่ง หลังตรง ถ้ายืนนานๆ ควรมีที่พักเท้า 2.3.2 ท่านั่ง นั่งหลังตรงพิงพนักเก้าอี้ เก้าอี้สูงพอดี 2.3.3 ท่ายกของให้ย่อตัวลง ยกสิ่งของชิดตัวให้มากที่สุด แล้วลุกขึ้นด้วยกำลังขา 2.3.4 ท่าถือของ ถือของให้ชิดลำตัวมากที่สุด 2.3.5 ท่าขับรถ ให้หลังพิงพนัก เข่างอเหนือระดับสะโพกเล็กน้อย 2.4 สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ แผลผ่าตัดบวม แดง ร้อนหรืออักเสบมีหนอง ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด 2.5 การมาตรวจตามนัดอธิบายและเน้นให้เห็นความสำคัญในการมาตรวจตามนัด และประเมินผลการรักษาที่ผ่านมาเพื่อจะได้ทราบแนวทางการรักษาต่อไป 2.6 การดูแลสุขภาพจิต เนื่องจากโรคนี้ส่วนมากพบในผู้ป่วยวัยกลางคน จึงมีความกังวลสูงควรประสานงานกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถึงแนวโน้มของโรคหรืออาการที่เป็นอยู่เพื่อที่จะให้คำแนะนำและให้การดูแลด้านจิตใจได้อย่างเหมาะสม

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวกดทับเส้นประสาทและยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะ พบว่ามีแผนการรักษาของแพทย์ที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกระยะ ตั้งแต่แรก รับใหม่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการนัดตรวจหลังผ่าตัด โดยเฉพาะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อน[5,6]

ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย การให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทและยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะเป็นระยะเจ็บป่วยที่พบได้ทุกเพศและทุกวัยแต่ที่พบได้บ่อยคือ กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งพยาธิสภาพดังกล่าวมีสาเหตุจากปัจจัยต่างๆ เช่น หมอนรองกระดูกสันหลังทรุดตัวลง, การเสื่อมสภาพของผิวข้อต่อกระดูกสันหลัง,หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน เป็นต้น สิ่งสำคัญที่สุดต้องให้ผู้ป่วยรู้จักตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง คือ ถ้าเริ่มมีอาการเล็กน้อย หรือเป็นๆ หายๆ ในรอยโรคของตนเอง ต้องรีบมาพบแพทย์ เพื่อไม่ให้รอยโรคดังกล่าวมีอาการที่รุนแรง ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขจะต้อง

แนะนำให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป และเน้นที่สามารถปฏิบัติได้จริง การติดตามผลการตรวจรักษาตั้งแต่เริ่มตรวจจนสิ้นสุดแผนการรักษา พยาบาลที่เกี่ยวข้องต้องเป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อน ขณะและหลังผ่าตัดเพราะในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จะวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด, การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และยังต้องเน้นการกลับมาตรวจตามนัดอีกครั้ง

เอกสารอ้างอิง

1. จินตนา ศิรินาวินและสาธิต วรรณแสง. (2561). ทักษะทางคลินิก. รุ่งแสงการพิมพ์, กรุงเทพมหานคร.
2. พรสินี เต็งพานิชกุล. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง. ใน อรพรรณ โตสิงห์และคณะ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ (หน้า 184 -194).กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. บุศรา กาญจนบัตรและนิลวรรณ ฉันทะปรีดา. (2559). บทที่ 13 การประเมินภาวะสุขภาพในการพยาบาลพื้นฐาน. การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก เล่ม 1.
4. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2568). รายงานสถิติการผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท ปี 2566-2568. เวชระเบียนแผนกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
6. ตติยา จำปาวงษ์. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมี่ในผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ. ใน วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
5. นภานุชการเกษ. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง :การศึกษารายกรณี. การประชุมวิชาการระดับชาติวิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 .

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองชนิด Meningioma โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

The nursing care of patients with brain tumors surgery for meningioma at Kalasin Hospital.

(Received: March 26,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

วรรณวิมล ทุมมี[1]
Wanwimol Toomme[1]

บทคัดย่อ

การเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองชนิด Meningioma ที่สามารถกำจัดเนื้องอกออกได้ทั้งหมดและกำจัดออกได้บางส่วน มีวัตถุประสงค์เพื่อปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองชนิด Meningioma โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบศึกษา จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายอายุ 50 ปี ประวัติ 2 วันก่อนมา ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาไม่ชาและไม่อ่อนแรง ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลกุฉินารายณ์ แพทย์ส่งตรวจ CT scan พบ mass at Frontal lobe size 3.1 x 3.3 x 3.6 cm จึงส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในวันที่ 28 สิงหาคม 2568 และแพทย์ส่ง MRI พบ Left Meningioma นัดผ่าตัดวันที่ 1 กันยายน 2568 Set OR for Left Craniectomy with remove tumor ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 30 นาที เสียเลือดทั้งหมด 400 ml หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด ไม่มีไข้ ยังมีแขนขาอ่อนแรงเล็กน้อย เกรด 4 ระดับการรับรู้และสัญญาณชีพปกติ ไปหัดทำกายภาพ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 5 กันยายน 2568 รวมอยู่โรงพยาบาล 5 วัน กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายอายุ 65 ปี ประวัติ 2 วันก่อนมา อ่อนแรง ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย เดินเซ แขนขาไม่ชา ไม่มีปากเบี้ยว ไม่มีหน้าเบี้ยว ไม่มีลิ้นแข็ง ไม่ชัก มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แพทย์ส่งตรวจ CT scan พบ mass at Right Occipital lobe size 6.7 x 5.8 x 5.7 cm และแพทย์ส่ง MRI พบ Right Meningioma นัดผ่าตัดวันที่ 16 ตุลาคม 2568 Set OR for Right Occipital of Craniectomy with remove tumor ใช้เวลาผ่าตัด 3 ชั่วโมง 30 นาที เสียเลือดทั้งหมด 1,000 ml ได้ PRC 1 unit ขณะผ่าตัดหลังผ่าตัด On ET-tube with volume กลับตึก 1 วันหลังการผ่าตัดผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด มีไข้ต่ำๆ ยังมีแขนขาอ่อนแรง เกรด 3 ระดับการรับรู้และสัญญาณชีพปกติ ไปหัดทำกายภาพ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 23 ตุลาคม 2568 รวมอยู่โรงพยาบาล 10 วัน

คำสำคัญ เนื้องอกสมอง การผ่าตัดเนื้องอกสมอง การพยาบาล

Abstract

Brain tumor is a disorder in the growth of a mass in the brain or in the skull and may be This study compares the nursing care of patients undergoing total and partial resection of meningioma brain tumors. The objective is to examine the nursing practices of two meningioma brain tumor surgery patients at Kalasin Hospital.

Case Study 1 : Patient male 50 year old patient who presented with a two-day history of facial drooping, tongue stiffness, and slurred speech (dysarthria). Notably, there was no reported numbness or weakness in the extremities at the initial onset. The patient first sought treatment at Kuchinarai Hospital. A CT scan revealed a mass in the frontal lobe measuring size 3.1 x 3.3 x 3.6 cm. He was transferred to Kalasin Hospital on August 28, 2025. A follow-up MRI confirmed a Left Meningioma. The patient was scheduled for surgery on September 1, 2025. Procedure: Left Craniectomy with tumor removal. Operative Time: 2 hours and 30 minutes. Estimated Blood Loss (EBL): 400 ml. Postoperative Course Day 1 Post-op: The patient reported surgical site pain but remained afebrile (no fever). Neurological Status: Mild weakness in the extremities was noted (Motor Grade 4). However, consciousness levels and vital signs were within normal limits. Recovery: The patient underwent physical therapy during his stay. Discharge the patient was discharged on September 5, 2025, following physician approval. The total length of hospital stay was 5 days. Case Study 2 : Patient male 65 year old presented with a two-day history of weakness, occipital headache, and ataxia (unsteady gait). There was no reported numbness of the extremities, facial drooping,

[1] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

tongue stiffness, or seizures. he patient sought treatment at Kalasin Hospital, where diagnostic imaging was performed. CT Scan : Revealed a mass in the Right Occipital lobe measuring size 6.7 x 5.8 x 5.7 cm. MRI : Confirmed a Right Meningioma. The surgery was scheduled for October 16, 2025. Procedure: Set OR for Right Occipital of Craniectomy with tumor removal. Operative Time: 3 hours and 30 minutes. Blood Loss: Total estimated blood loss was 1,000 ml. Intraoperative Support: The patient received 1 unit of Packed Red Cells (PRC). Postoperative Course: Immediate Post-op: The patient remained intubated (On ET-tube with volume ventilator) upon returning to the ward.

Keyword : Meningioma, Brain tumor surgery, Nursing care

บทนำ

โรคเนื้องอกสมอง (Brain tumor) เป็นการเจริญเติบโตของเซลล์ภายในสมอง การแบ่งชนิดของเนื้องอกสมองแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ แบ่งตามลักษณะเซลล์ต้นกำเนิด โดยเกิดจากเซลล์ภายในสมองเอง หรือ เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งจากอวัยวะอื่น และแบ่งตามความรุนแรง มีชนิดร้ายแรง หรือชนิดไม่ ร้ายแรง เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงจะมีการเจริญเติบโตช้า ไม่ลุกลามไปยังส่วนอื่นของร่างกาย ส่วนชนิดร้ายแรง เรียกว่า มะเร็ง จะมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆ ก่อให้เกิดพยาธิสภาพที่รุนแรง [1]

อุบัติการณ์การเกิดโรคเนื้องอกสมองของประชากรทั่วโลกพบว่า มีอุบัติการณ์โดยประมาณ 16 คนต่อแสนประชากรต่อปี[2] และพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 ของประเทศสหรัฐอเมริกา[3] สำหรับประเทศไทยพบร้อยละ 18.71 ต่อแสนประชากรต่อปี โดยแบ่งเป็นเนื้องอกชนิดธรรมดา (benign brain neoplasm) มีอัตราอุบัติการณ์ 11.52 คนต่อแสนประชากรต่อปี และเนื้องอกชนิดร้ายแรง (malignant brain tumor) มีอัตราอุบัติการณ์ 7.19 คนต่อแสนประชากรต่อปี[4] และจากสถิติการผ่าตัดรักษาโรคเนื้องอกสมองของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเนื้องอกสมองเพิ่มขึ้น คือ 38, 32 และ 34 รายในปี 2566 2567 และ 2568 ตามลำดับ[5]

การรักษาโรคเนื้องอกสมองโดยวิธีการผ่าตัดเป็นการเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อกำจัดก้อนเนื้องอกออกจากสมองทั้งหมดหรือเอาออกให้มากที่สุด บางรายจำเป็นต้องใช้กล้องจุลศัลยกรรมร่วมด้วย เพื่อทำให้สามารถมองเห็นจุดเล็กๆในสมองที่อยู่ลึกได้ พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยให้การผ่าตัดเอาเนื้องอกออกจากสมองได้อย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นให้น้อยลง[6] ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในระยะเวลาของการผ่าตัด เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่าตัดทั้งในระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ต้องประสานงานกับแพทย์ผู้ทำผ่าตัด พยาบาลประจำ หอผู้ป่วย และสหสาขาวิชาชีพตลอดจนให้การดูแลผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยในระยะการผ่าตัดด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

ดังนั้นการพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะ และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะได้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นหลัก ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองชนิด Meningioma เป็นอย่างมากจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้า รวบรวมความรู้ด้านวิชาการการพยาบาลและประสบการณ์จากการทำงาน เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองชนิด Meningioma โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายโดยได้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน, ประวัติการเจ็บป่วย, ประวัติครอบครัว , ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกาย และการรักษาของแพทย์ เพื่อเป็นข้อมูลนำไปวิเคราะห์ที่จะประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองชนิด Meningioma แล้วมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองชนิด Meningioma ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกันไป ในระหว่างเดือนกันยายนถึง ตุลาคม 2568 โดยเก็บข้อมูลจากสมุดบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย โดยให้การพยาบาล 3 ระยะ คือ 1) การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด 2) การพยาบาลระยะขณะผ่าตัด 3) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองชนิด Meningioma โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ตาราง 1 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
<u>การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด</u> ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเรื่องการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง กรณีศึกษาที่ 1, 2	<u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. ผู้ป่วยรับรู้ในคำอธิบายการผ่าตัด ลงนามในใบยินยอมการผ่าตัดและการรักษา 2. ญาติยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษา ลงนามเป็นพยานในการรักษาและการผ่าตัดครั้งนี้ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ <u>ประเมินผลทางการพยาบาล</u> 1. ผู้ป่วยรับรู้ในคำอธิบายการผ่าตัด ลงนามในใบยินยอมการรักษาและการผ่าตัด 2. ญาติยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษา ลงนามเป็นพยานในการรักษาและการผ่าตัดครั้งนี้ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการแนะนำตนเอง อธิบายเกี่ยวกับความเป็นไปของโรคตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. ซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน อาการแพ้ยา อาหาร การใช้ยาชนิดต่างๆ เช่น ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ประวัติเลือดออกง่ายหยุดยาก 3. การตรวจร่างกายทางระบบประสาทต่างๆ การประเมินสัญญาณชีพ 4. ชี้แจงเหตุผลในการตรวจพิเศษต่างๆ เช่น การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเอกซเรย์ปอด การเจาะเลือด เพื่อนำไปตรวจ และการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด 5. ให้ข้อมูลและอธิบายหรือชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการผ่าตัด ลักษณะและชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น การให้ยาระงับความรู้สึกเป็นแบบดมยาสลบขณะผ่าตัด รวมทั้งแจ้งให้ผู้ป่วยทราบสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญหลังผ่าตัด และอธิบาย เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับเหตุการณ์ปกติหรือสถานการณ์ปัญหาที่จะเกิดขึ้น เช่น

ตาราง 1 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
		การใส่ท่อหลอดลม การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่คาสายสวนปัสสาวะ การมีสายระบายจากแผลผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่าง เหมาะสม 6. อธิบายความจำเป็นของการงดน้ำและอาหาร อย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง เพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง เพราะการได้รับยาระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบ อาจทำให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียน จะทำให้สำลักเศษอาหารเข้าไปในปอด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดได้ 7. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมบริเวณทำผ่าตัด สระผม เพราะต้องโกนผมบริเวณที่ผ่าตัด เป็นการเตรียมผิวหนังเฉพาะที่มีวัตถุประสงค์เพื่อกำจัดขนและลดจำนวนแบคทีเรีย เพื่อลดอัตราการ ติดเชื้อของแผลผ่าตัด การเตรียมทำความสะอาดบริเวณ ผิวหนังดังกล่าวจะต้องทำในตอนเย็นก่อนวัน ทำผ่าตัด รวมทั้งทำปฏิบัติการพยาบาลอื่นๆ ตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน 8. แนะนำเทคนิคผ่อนคลายร่างกายร่วมกับเทคนิคการกำหนดลมโดยแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าช้าๆ และค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปาก ซึ่งเทคนิคดังกล่าวสามารถลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด 9. อธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการรักษาสำหรับผู้ป่วยในวัยทำงาน หลังการรักษาจะมีการประเมินสภาวะผู้ป่วยก่อนการกลับเข้าทำงาน (Return to work) ทุกราย เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว 10. ตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวจากการให้ความรู้ของพยาบาลเพราะหากผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องจะช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยลงได้ 11. หลังจากผู้ป่วยเข้าใจให้ผู้ป่วยลงนามใบเซ็นยินยอมการรักษาและการผ่าตัดของผู้ป่วยและญาติ ติดป้ายข้อมือ 12. ตรวจสอบสร้อย แหวน ของมีค่าของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยถอดฝากของมีค่าไว้กับญาติ 13. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยโดยประสานทีมในการดูแลรักษาทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด
ผู้ป่วยมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากการก้อนเนื้องอกกดเนื้อสมองและอาการบวมของเนื้อเยื่อสมอง กรณีศึกษาที่ 1, 2	<u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง <u>เกณฑ์การประเมิน</u> 1. ระดับความรู้สึกไม่เปลี่ยนแปลงหรือลดลงจากเดิม ≥ 2 คะแนน 2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 90/60 - 140/90 mmHg อัตราการ เต้นของหัวใจ 60 - 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 -	1. ประเมินและบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทโดยใช้แบบ GCS และวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ถ้า GCS ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนน รายงานแพทย์ทันที 2. จัดให้นอนในท่าศีรษะสูง 30 องศา คออยู่ในแนวตรง ไม่งอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. เมื่อประเมินอาการของผู้ป่วยแล้วพบว่า

ตาราง 1 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
	20 ครั้ง/นาที Pulse pressure ไม่กว้างกว่า 60 mmHg อุณหภูมิร่างกาย 36.5 -37.4 องศาเซลเซียส ระดับออกซิเจนในร่างกาย เท่ากับ 95 - 100% 3. ไม่มีอาการปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS = 15 pupils 3 mm RTL in both eyes ไม่มีอาการชักเกร็ง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้	4.1 ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงในทางแย่ลง (GCS < 15) หรือ 4.2 รูม่านตา 2 ข้างไม่เท่ากัน หรือไม่ค่อยมีการตอบสนองต่อแสง หรือ 4.3 ผล CT Brain พบ Brain herniation หรือ hemorrhagic transformation ให้รีบรายงานประสาทศัลยแพทย์ทันที
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึกเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาที่ 1	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก <u>เกณฑ์การประเมิน</u> -ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก <u>ประเมินผลการพยาบาล</u> ผู้ป่วยได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา ความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงกว่าปกติอยู่ในช่วง คือ 148/96 - 154/105 มล.ปรอท และผลการตรวจร่างกาย, ผลเลือด, ผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และผลเอกซเรย์ปอด อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาลดความดันโลหิต ต่อเนื่องมาจนถึงเช้าวันผ่าตัด ตามแผนการรักษา คือ Enalapril 1 เม็ด ทางปากหลังอาหารวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น 2. ดูแลให้ความดันโลหิตควรน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ตามแผนการรักษาของแพทย์ หากผิดปกติรายงานแพทย์เจ้าของไข้รับทราบเพื่อให้การรักษาแก้ไขก่อนผ่าตัด หากผิดปกติรายงานแพทย์เจ้าของไข้รับทราบเพื่อให้การรักษาแก้ไขก่อนผ่าตัด 3.ประเมินผู้ป่วยจากการตรวจร่ายกาย,ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ, ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเอกซเรย์ปอด หากพบว่ามีความผิดปกติต้องรีบประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ทันที เพื่อรักษาแก้ไขก่อนผ่าตัด
<u>การพยาบาลระยะขณะผ่าตัด</u> เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายขณะผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2	<u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะวางยาสลบและป้องกันการสำลักเศษอาหารและน้ำเข้าหลอดลม <u>เกณฑ์การประเมิน</u> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายขณะผ่าตัด <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย	1. ตรวจสอบการงดอาหารและน้ำก่อนการผ่าตัดจากผู้ป่วยและในบันทึกรายงานของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ซักถามประวัติการแพ้ยาและโรคประจำตัวอื่นๆว่ามีหรือไม่ ถ้ามีให้แจ้งแพทย์ 2. ตรวจสอบการลงนามยินยอมการรักษาผ่าตัด 3. ตรวจสอบของมีค่าและฟันปลอมของผู้ป่วยว่าได้ถอดเก็บเรียบร้อยก่อนไปห้องผ่าตัด ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย 4. ตรวจสอบผลการชันสูตรต่างๆ ทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจร่างกายจากรายงานประวัติผู้ป่วย 5. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 5 นาที ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์ 6. ตรวจสอบอุปกรณ์การให้ยาระงับความรู้สึกให้พร้อมและใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 7. ตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ การดูดเสมหะให้มีพร้อมและใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการจัดท่าและนอนท่าเดิมเป็นเวลานานขณะผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าและนอนท่าเดิมเป็นเวลานาน <u>เกณฑ์การประเมิน</u> ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าและนอนท่าเดิมเป็นเวลานานขณะผ่าตัด	1. ประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยโดยจัดให้อยู่ในท่านอนหงาย 1.1 ศีรษะวางบน hot shoe สูง 30 องศา เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ และศีรษะหัน ซ้ายเล็กน้อย ลำตัวและคออยู่ในแนวตรงเพื่อป้องกันเลือดคั่ง

ตาราง 1 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
	การประเมินผลทางการพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่า เช่น ไม่มีรอยแดงบริเวณปุ่มกระดูก ไม่มีการบาดเจ็บของเส้นประสาท	1.2 แขนแนบข้างลำตัวหรือกางไม่เกิน 90 องศา หงายฝ่ามือขึ้นหรือหันเข้าหาลำตัว เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาทบริเวณรักแร้และข้อศอก 1.3 ใต้เข่า รองด้วยหมอนใบเล็กเพื่อลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อหลัง 1.4 ส้นเท้าและข้อเท้า รองด้วยแผ่นเจลนุ่มเพื่อป้องกันแผลกดทับ 1.5 ก้นกบ รองด้วยหมอนใบเล็กเพื่อกระจายแรงกดทับ 2. ตรวจสายสวนปัสสาวะว่าไหลได้สะดวกไม่มีอะไรกดทับ ใช้สำลี, ฟองน้ำรองบริเวณเข่าเพื่อป้องกันการเกิด pressure sore
เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการจัดท่าและนอนท่าเดิมเป็นเวลานานขณะผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 2	วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าและนอนท่าเดิมเป็นเวลานาน เกณฑ์การประเมิน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าและนอนท่าเดิมเป็นเวลานานขณะผ่าตัด การประเมินผลทางการพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่า เช่น ไม่มีรอยแดงบริเวณปุ่มกระดูก ไม่มีการบาดเจ็บของเส้นประสาท	1. ประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยจัดให้นอนคว่ำคุกเข่า หมอนรองหน้าอกและเชิงกรานจัดให้บริเวณท้องฟรี ไม่มีอะไรกดทับบริเวณท้องและศีรษะรองรับด้วย Mayfield fixation 2. สังเกตจาก Air-way pressure ควรน้อยกว่า 20 mmHg 3. ตรวจสายสวนปัสสาวะว่าไหลได้สะดวกไม่มีอะไรกดทับ ใช้สำลี, ฟองน้ำรองบริเวณเข่าเพื่อป้องกันการเกิด pressure sore 4. สังเกตระบบทางเดินหายใจ และการไหลเวียนเลือด เพราะอาจมีการกดทับบริเวณหน้าอก, บริเวณท้อง, กระดูกขาทั้ง 2 ข้าง อาจพบอาการเจ็บบริเวณหน้าอกหลังการผ่าตัดเนื่องจากมีแรงตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณดังกล่าวได้
เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อสมอง เส้นเลือด และเส้นประสาทจากการผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการบาดเจ็บของเนื้อสมอง เส้นเลือดและเส้นประสาทจากการผ่าตัด เกณฑ์การประเมิน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บของเนื้อสมอง เส้นเลือด และเส้นประสาทจากการผ่าตัด การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและเส้นประสาท	1. ประเมินลักษณะตำแหน่งของพยาธิสภาพสมองและเลือกใช้อุปกรณ์ให้เหมาะสม 2. ปรับเครื่องจี้ไฟฟ้าให้มีกำลังไฟที่ค่าลงต่ำและเหมาะสมตามความต้องการของแพทย์ เพราะกำลังไฟที่ค่าสูงจะทำลายเนื้อเยื่อและเส้นประสาท 3. ในขณะที่ผ่าบริเวณ Brain ใช้ Suction Pressure Control เข้าไปดูดเลือดแทน Suction ปกติเพราะแรงการดูดของ Suction จะไปทำลายเนื้อเยื่อและเส้นประสาทเกิดการบาดเจ็บขึ้นได้ 4. เตรียมอุปกรณ์ห้ามเลือด เช่น เตรียม Surgicel Gel foam ให้พร้อมใช้งาน 5. เตรียมเครื่อง Sonastar เพื่อใช้ดูดสลายเนื้องอกด้วย Ultrasonic Aspirator เน้นทำลายเนื้องอกโดยกระทบเนื้อสมองปกติน้อยที่สุด
เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง กรณีศึกษาที่ 1, 2	วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง เกณฑ์การประเมิน ไม่มีการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง การประเมินผลทางการพยาบาล ไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการ	1. แรกรับเมื่อมาถึงห้องผ่าตัด ตรวจสอบผู้ป่วยที่จะทำผ่าตัดให้ตรงกับชื่อ-สกุล ตำแหน่ง ชนิดของการผ่าตัด ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเวชระเบียนของผู้ป่วย 2. ตรวจสอบ Mark site โดยแพทย์จะทำการวงกลมตำแหน่งที่จะผ่าตัดให้เรียบร้อยก่อนส่งผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดเพื่อเข้ารับการผ่าตัด

ตาราง 1 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
	ผ่าตัดครั้งนี้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่งและถูกชนิดของการผ่าตัด	3. ตรวจสอบซ้ำขั้นตอนการรับผู้ป่วยในห้องผ่าตัด และขั้นตอนการผ่าตัดในห้องผ่าตัด โดย 3.1 เมื่อศัลยแพทย์เข้ามาบริเวณห้องผ่าตัดทำการ sign in และพยาบาล Sign in (ทำก่อนให้ยาระงับความรู้สึก) ตรวจสอบความถูกต้องของ ชื่อ - นามสกุล อายุ โรค การผ่าตัด แพทย์ผู้ทำผ่าตัด โดยถามจากผู้ป่วยโดยตรง และตรวจให้ตรงกับแฟ้มประวัติของผู้ป่วย 3.2 Time Out (ทำก่อนประสาทศัลยแพทย์ลงมีด) ทีมงานผ่าตัดแต่ละคนแนะนำตัว และหน้าที่ของตนเอง แพทย์ขานชื่อ - นามสกุล อายุ ของผู้ป่วย Diagnosis, Operation ได้วางแผนขั้นตอนการผ่าตัดอย่างไร ข้างไหนด้วยวิธีใด โดยมีพยาบาลห้องผ่าตัด และทีมผ่าตัดยืนยันความถูกต้อง แพทย์บอกภาวะเสี่ยงที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เช่น Bleeding และแพทย์แจ้งให้ทีมทำการเตรียมวัสดุการแพทย์ที่คาดจะใช้ในการห้ามเลือด เช่น Surgicel Gel foam เป็นต้น 3.3 Sign Out (อ่านออกเสียงและทำก่อนที่ผู้ป่วยและทีมผ่าตัดจะออกจากห้องผ่าตัด) พยาบาลห้องผ่าตัดยืนยันกับประสาทศัลยแพทย์ผู้ทำผ่าตัดด้วยวาจา เช่น การ confirm post operation การส่งชิ้นเนื้อตรวจ เป็นต้น
เสี่ยงต่อสิ่งตกค้างในสมอง กรณีศึกษาที่ 1, 2	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อป้องกันสิ่งตกค้างในสมอง <u>เกณฑ์การประเมิน</u> ไม่มีสิ่งตกค้างในสมอง <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดครั้งนี้ไม่มีสิ่งตกค้างในสมอง	1. ก่อนการผ่าตัดพยาบาลส่งเครื่องมือมีการนับจำนวนก๊อส ผ้าซับโลหิต และ cottanoid ในการผ่าตัด และมีการขานนับร่วมกับพยาบาลช่วยรอบนอก เพื่อเป็นการตรวจสอบซ้ำว่ามีจำนวนถูกต้อง 2. พยาบาลช่วยรอบนอกมีการเขียนจำนวนก๊อส ผ้าซับโลหิต และ cottanoid ที่ใช้ในการผ่าตัดบนกระดานให้ถูกต้องชัดเจน 3. พยาบาลส่งเครื่องมือมีการตรวจสอบนับจำนวนก๊อส ผ้าซับโลหิต และcottanoid ให้ครบถ้วนและแจ้งทีมให้รับทราบร่วมกันก่อนการเย็บปิดชั้นผิวหนัง
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ กรณีศึกษาที่ 1, 2	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะอุณหภูมิกายต่ำ <u>เกณฑ์การประเมิน</u> ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีอาการแสดงถึงภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ผิวหนังและปลายนิ้วมือไม่ซีดเย็น	1. ประเมินภาวะอุณหภูมิร่างกายลดต่ำ 2. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบและใช้เครื่องให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยแรงดันร้อนคลุมบริเวณหน้าอกเพื่อให้ร่างกายอบอุ่น 3. ควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้อยู่ 18 - 22 องศาเซลเซียล 4. ดูแลคลุมผ้าให้ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด เปิดเฉพาะส่วนที่ต้องทำความสะอาดบริเวณที่จะผ่าตัดเท่านั้น 5. เตรียม 0.9 % NSS Irrigation อุ่นในการล้างอวัยวะในขณะผ่าตัด และใช้ swab ชุบน้ำอุ่นเช็ดตัวผู้ป่วย 6. เฝ้าระวังภาวะอุณหภูมิกายต่ำโดยดูการวัดอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยและสังเกตจากอาการตัวเย็น ขนลุก หนาวสั่น ผิวหนังเย็น และแดง
7. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อ <u>เกณฑ์การประเมิน</u>	1. ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วๆ ไป เช่น อาบน้ำ, เปลี่ยนเสื้อผ้า, ผม, เล็บ สะอาด

ตาราง 1 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
	ไม่มีภาวะติดเชื้อจากการผ่าตัด การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการผ่าตัด และขณะผ่าตัดใช้หลักการของ Sterile technique	2. ทำความสะอาดบริเวณที่จะทำการผ่าตัด โดยการล้างมือให้สะอาด เช็ดมือและสวมถุงมือ 3. ใช้ Sponge Forceps พร้อม Gauze sterile ชุบน้ำยา Betadine Solution ทาบริเวณ หลังที่จะทำการผ่าตัดเป็นวงกลม ออกไปโดยรอบ รัศมี 8-12 นิ้วแล้ว Paint อีกครั้ง 4. ตรวจสอบเครื่องใช้ให้พร้อม โดยผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อทุกชิ้น 5. การหยิบใช้และส่งเครื่องมือผ่าตัด ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนของการทำให้ปราศจากเชื้อโดยเคร่งครัด เช่น ไม่นำเครื่องมือที่ใช้แล้วไปวางรวมกับเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อโรค
การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากการบาดเจ็บและบวมของเนื้อเยื่อสมอง กรณีศึกษาที่ 1	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ เกณฑ์การประเมิน ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนและภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ไม่มีอาการชักเกร็ง ค่าออกซิเจนในเลือด SpO_2 95-100 % การประเมินผลทางการพยาบาล ผิวหนังอุ่น ไม่มี cyanosis ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่มีอาเจียน ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น $E_4V_5M_6$ pupil 2 min มีปฏิกิริยาต่อแสงดีเท่ากันทั้งสองข้าง แขนขากำลังปกติ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 132/80 mmHg ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 - 37.4 องศาเซลเซียส	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพหลังการผ่าตัด ทุก 15 นาที 4 ครั้งทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติและ ประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS ขนาดรูม่านตา มีปฏิกิริยาต่อแสงทุก 1 ชั่วโมง 2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกสูงถ้า GCS ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนน สับสนกระสับกระส่ายแขนขาอ่อนแรงจากเดิม 1 grade pupil เปลี่ยนแปลง 2 ข้างแตกต่างกัน เกิน 1 mm การหายใจไม่สม่ำเสมอปวดศีรษะ ให้ยาแก้ปวดแล้ว ไม่ทุเลา 3. ดูแลควบคุมอุณหภูมิร่างกายอยู่ไว้ที่ 36-37 องศาเซลเซียส เพื่อลดการใช้พลังงานของสมอง ทำให้การกำซาบเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น ป้องกันไม่ให้หลอดเลือดขยายตัวทำให้เพิ่มความดันในกะโหลกได้ 4. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 องศา ลำคอตั้งตรงเพื่อให้การไหลเวียนเลือดดำจากสมอง กลับสู่หัวใจได้ดีขึ้นหลีกเลี่ยงการงอข้อ สะโพกของผู้ป่วยมากกว่า 90 องศา เนื่องจากจะมีการคั่งของเลือดในช่องท้องทำให้แรงดันในช่องท้องสูงเป็นผลให้ความดันในช่องอกสูงขึ้นด้วยมีผลไปขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากศีรษะ 5. สังเกตอาการปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง ชักเกร็ง 6. งดน้ำและอาหารเพื่อป้องกันการสำลักเมื่อ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง 7. ดูแลให้ยาลดสมองบวม 20% Mannital 100 ml IV ทุก 8 ชั่วโมง dexamethasone 5mg IV ทุก 6 ชั่วโมงพร้อมเฝ้าระวังอาการข้างเคียงติดตามการทำงานของไต บันทึก ปริมาณน้ำเข้าและออกทุก 1 ชั่วโมงเป็นไปอย่างสม่ำเสมอหลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วยไอ หรือจามแรงๆ
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการหายใจบกพร่อง กรณีศึกษาที่ 2	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ เกณฑ์การประเมิน	1. จัดท่าผู้ป่วยให้นอนหงาย suction เพื่อให้เสมหะออกมาป้องกันการสำลัก 2. วัดสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที 4 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง จนกว่าจะปกติและทุก 4 ชั่วโมง เพื่อดูอาการเปลี่ยนแปลง

ตาราง 1 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
	ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนและภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ค่าออกซิเจนในเลือด SpO_2 95 - 100 % การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยปลายมือปลายเท้าไม่เขียว SpO_2 93-98 % สัญญาณชีพความดันโลหิต 130/80-140/90 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 70-84 ครั้ง/นาที, หายใจ 20-24 ครั้ง/นาที	3. ดูแลให้ความอบอุ่นเพื่อป้องกันภาวะหนาวสั่น ซึ่งจะทำให้ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น 4. ดูแล Ventilator ให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาและดูแลไม่ให้สายหักพับงอและมีน้ำขังตามสาย Circuit
ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการชักภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากเซลล์สมองได้รับบาดเจ็บกระทบกระเทือน กรณีศึกษาที่ 2	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการชักภายหลังการผ่าตัด เกณฑ์การประเมิน ไม่มีอาการชักภายหลังการผ่าตัด การประเมินผลทางการพยาบาล ไม่พบภาวะชักเกร็ง และผลข้างเคียงจากการได้รับยากันชัก	1. ประเมินสัญญาณชีพวัดค่าความอิ่มตัวของ ออกซิเจนปลายนิ้วให้อยู่ในระดับ > 95% ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งและ ทุก 1ชั่วโมงจนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติ 2. สังเกตและประเมินลักษณะการหายใจการ ขยายตัวของทรวงอกฟังเสียงลมเข้าปอดทั้งสองข้างถ้าหายใจ > 24 ครั้งต่อนาที กระสับกระส่ายเหงื่อออกตัวเย็นริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำรายงานแพทย์ 3. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศาเพื่อให้ปอด ขยายตัว 4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนและดูแลเครื่องช่วย หายใจทำงานตามแผนการรักษาอย่างมี ประสิทธิภาพ 5. ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ก่อนดูดเสมหะควรให้ ออกซิเจน 100% นาน 30-60 วินาทีใช้แรงดูด 100-120 mmHg และดูดไม่เกิน 2 ครั้งต่อ รอบ 6. Dilantin 100 mg vein drip ทุก 8 ชั่วโมง
การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากการบาดเจ็บและบวมของเนื้อเยื่อสมอง กรณีศึกษาที่ 2	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ เกณฑ์การประเมิน ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนและภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ไม่มีอาการชักเกร็ง ค่าออกซิเจนในเลือด SpO_2 95-100 %	1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพหลังการผ่าตัด ทุก 15 นาที 4 ครั้งทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติและ ประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS ขนาดรูม่านตา มีปฏิกิริยาต่อแสงทุก 1 ชั่วโมง 2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกสูงถ้า GCS ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนน สับสนกระสับกระส่ายแขนขาอ่อนแรงจากเดิม 1 grade pupil เปลี่ยนแปลง 2 ข้างแตกต่างกัน เกิน 1 mm การหายใจไม่สม่ำเสมอปวดศีรษะ ให้ยาแก้ปวดแล้ว ไม่ทุเลา 3. ดูแลควบคุมอุณหภูมิร่างกายอยู่ไว้ที่ 36-37 องศาเซลเซียสเพื่อลดการใช้พลังงานของสมอง ทำให้การกำซาบเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น ป้องกันไม่ให้หลอดเลือดขยายตัวทำให้เพิ่มความดันในกะโหลกได้
ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยปวดแผลน้อยลง และได้รับการดูแลบรรเทาปวดตามแผนการรักษา การประเมินผลทางการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จาก Pain score 0 - 10 หลัง	1. ประเมินสภาวะการรับรู้ ภาวะสุขภาพและผลกระทบ เช่น การปวดแผลทำให้ผู้ป่วยหายใจเข้า - ออกตื้นๆ 2. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายไม่มีเสียงรบกวน ดูแลความสะอาดของรอบๆเตียงผู้ป่วย 3. พูดคุยปลอบโยนจิตใจให้ยอมรับความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดบ้าง แนะนำระยะเวลาของการเจ็บปวดจากระยะแรกจะมากและจะค่อยๆ ทุเลาลงเรื่อยๆ

ตาราง 1 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
	ผ่าตัดวันที่สองผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดในระดับ 5 คะแนน และค่อยๆปวดทุเลาลงตามลำดับ	4. ประเมินตำแหน่งลักษณะความเจ็บปวดและความรุนแรงของความเจ็บปวดของผู้ป่วย ด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดแบบ Pain score 0 - 10 คะแนน 5. จัดให้ผู้ป่วยนอนท่า Supine's position และให้สุขสบาย 6. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลหลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนแผลที่บริเวณหลัง 7. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา คือ MO 3 mg muscle stat และParacetamol (500 mg) 1 tab oral prn. 8. สังเกตลักษณะของแผลผ่าตัดที่หลังว่ามีบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีราย งานแพทย์
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์หลังการผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 2	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์หลังการผ่าตัด <u>เกณฑ์การประเมิน</u> ผลเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และระดับโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในระหว่าง 3.5-5.5 mmol/L <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ไม่เกิดอันตรายจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว กล้ามเนื้อกระตุก ท้องอืดหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ - ผลการตรวจ potassium เท่ากับ 3.8 mmol/L	1. สังเกตอาการอาการแสดงของภาวะ โพแทสเซียม ในเลือดต่ำ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว กล้ามเนื้อกระตุก ท้องอืดหัว ใจเต้นผิดจังหวะ 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตรผสมกับ KCl 40 meq อัตรา การหยด 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 3. ประเมินสัญญาณชีพอัตราและจังหวะการเต้น ของชีพจร อาการทางระบบประสาทเช่นง่วงซึม reflex ลดลง 4. บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและน้ำออกจาก ร่างกาย เพื่อประเมินการทำงานของไต เนื่องจากโพแทสเซียม ถูกขับออกทางไต เป็นหลัก 5. ติดตามระดับโพแทสเซียมในเลือดเพื่อประเมิน การตอบสนองต่อการให้ยา
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด <u>เกณฑ์การประเมิน</u> ไม่มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด เช่น แผลไม่บวมแดง ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดไม่ซึม เป็นต้น <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยหลังผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่ซึม แผลแห้งดี และสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.9 - 37.3 องศาเซลเซียส หายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 70-84 ครั้ง/นาที	1. ดูแลให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกายก่อนไปห้องผ่าตัด เตรียมยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Cefazolin 1 gm ไป OR 3. เมื่อผู้ป่วยกลับมาจากห้องผ่าตัดประเมินสัญญาณชีพและบันทึก ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อโดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย หากผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ ประเมินและสังเกตอาการของภาวะติดเชื้อ เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัดมาก แผลมีหนอง มี discharge ซึม 4. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อ เช่น ไม่ให้แผลถูกน้ำ, หากแผลมี discharge ซึมมากให้รีบแจ้งพยาบาลเพื่อเปลี่ยน Dressing แผลใหม่, ไม่ใช้มือจับแกะเกาแผลและสังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล เพราะทำให้แผลมีโอกาสติดเชื้อ อักเสบหรือหายช้าได้ 5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Cefazolin ให้ ทุก 6 hr. then จนกว่าจะ off jackson drain 6. แนะนำรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น

ตาราง 1 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การวินิจฉัยทางการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลและสามารถปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดได้ถูกต้อง <u>เกณฑ์การประเมิน</u> ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง สามารถอธิบายและตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องโดยสามารถตอบคำถาม ทบทวนความรู้ที่ให้ไปได้ถูกต้อง และไม่เกิดภาวะแทรก ซ้อนตามมา	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด 2. ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดดังนี้ 2.1 การดูแลแผล 2.1.1 ห้ามให้แผลถูกน้ำจนกว่าจะครบกำหนดเปิดแผล 2.1.2 แผลนี้เย็บด้วย Staple ต้องมา off ออกเมื่อครบวันแพทย์นัด แต่ถ้าแผลบวม แดง ร้อน มีกลิ่นเหม็น ปวดมากและมีไข้ให้รีบมาพบแพทย์โดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด 2.2 อาหาร 2.2.1 แนะนำรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น 2.2.2 ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และอาหารหมักดอง 2.2.3 ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว 2.3 สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ แผลผ่าตัดบวม แดง ร้อนหรืออักเสบมีหนอง ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด 2.4 การมาตรวจตามนัดอธิบายและเน้นให้เห็นความสำคัญในการมาตรวจตามนัด และประเมินผลการรักษาที่ผ่านมาเพื่อจะได้ทราบแนวทางการรักษาต่อไป 2.5 การดูแลสุขภาพจิต เนื่องจากโรคนี้ผู้ป่วยจะมีความกังวลสูงควรประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถึงแนวโน้มของโรคหรืออาการที่เป็นอยู่เพื่อที่จะให้คำแนะนำและให้การดูแลด้านจิตใจได้อย่างเหมาะสม

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายของผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองชนิด Meningioma พบว่ามีแผนการรักษาของแพทย์ที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกระยะตั้งแต่แรก รับใหม่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการนัดตรวจหลังผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อกำจัดเนื้องอกออกเป็นวิธีการการรักษาเนื้องอกสมองโดยตรง ทั้งนี้การผ่าตัดนั้นจะได้ผลมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับชนิด และตำแหน่งของเนื้องอกสมองว่าจะสามารถกำจัดเนื้องอกออกได้ทั้งหมด หรือกำจัดออกได้บางส่วน และส่งผลกระทบกับผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจหลังผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยทีมผ่าตัดรักษาผู้ป่วยให้ประสบผลสำเร็จ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด และสามารถฟื้นฟูกลับบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ต่อไป[7,8]

ข้อเสนอแนะ

การดูแลพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองชนิด Meningioma จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบปัญหาที่เหมือนกัน คือ ผู้ป่วยยังขาดความรู้ความ

เข้าใจในโรคที่ดำเนินอยู่ การปฏิบัติตัวก่อน-หลังการผ่าตัด และควรแนะนำให้ผู้ป่วยระวังการเกิดอุบัติเหตุศีรษะล้มกระแทกพื้นเพราะเป็นการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะไว้หากสมองได้รับอันตรายจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลควรจัดให้มีเอกสารหรือคู่มือสำหรับให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด จัดให้ความรู้รายบุคคลหรือมีการทำกลุ่มให้มีการพูดคุยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาและความคิดเห็นซึ่งกันและกัน รวมทั้งวิธีการปรับตัวซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสามารถยอมรับต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ให้ดียิ่งขึ้น และควรมีการส่งต่อข้อมูลกับศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตามลำดับ

เอกสารอ้างอิง

1. กรุณา ชูกิจ. (2558). การพยาบาลหลังผ่าตัดเนื้องอกในสมอง. การพยาบาลศัลยศาสตร์วิกฤต. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช.
2. World Health Organization. (2017). World health statistics : monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
3. Ostrom, Q. T., Gittleman, H., Fulop, J., Liu, M., Blanda, R., Kromer, C., & BarnholtzSloan, J. S. (2015). CBTRUS statistical report: primary brain and central nervous system tumors diagnosed in the United States. Neuro Oncol, 1093-1189.
4. สถาบันประสาทวิทยา. (2557). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส จำกัด.
5. เวชระเบียนโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2568). สถิติผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง ปีพ.ศ.2566-2568. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
6. พิมพญาภรณ์ ทรัพย์มีชัย. (2561). ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรม การจัดการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง. (อินเตอร์เน็ต) เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ย. 2568. สืบค้นจาก : http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2018/TU_2018_5 8 1 4 0 3 2040_10679_11254.pdf.
7. คำปิ่น แก้วกนก. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกสมองระหว่างการผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป: กรณีศึกษา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. หน้า 83-102.
8. วรรณนิศา ชัยวิสิทธิ์และคณะ. (2560). บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมองขณะผู้ป่วยรู้สติ. เวชบันทึกศิริราช. 10 (2):109-11.
9. บังอร ฉางทรัพย์. (2567). กายวิภาคศาสตร์1. พิมพ์ครั้งที่ 7. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 328 -345.
10. American Brain Tumor Association. (2014). Tumor Grading and Staging. (อินเตอร์เน็ต) เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ย. 2568. Retrieved from http://www.abta.org/brain-tumor-information/ diagnosis/gradingstaging.html.
11. Hickey JV., Armstrong TS. Brain tumor. In Hickey, J.V. (2009). The cknical practice of neurological & neurosurgical nursing. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
12. Castillo, L.R., Gopinath, S. G., & Robertson, C. S. (2008). Managementof intracranialhypertension. Neurologic Clinics, 26, 521-541.
13. Wen Yuan. (2013). Managing the patient with transsphenoidal pituitary tumor resection. Journal of neuroscience nursing, 45(2). 101-107. doi: 10.1097/JNN.0b01 3e3182828e28.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Development of a Nursing Care Model for Emergency Patients at Risk of Sepsis at Kalasin Hospital.

(Received: March 23,2026 ; Revised: March 26,2026 ; Accepted: March 29,2026)

ปาณิสรา โกษารักษ์[1]
Panisara Kosarak[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 - มีนาคม พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 23 คน และผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อ เปรียบเทียบก่อนหลัง 2 กลุ่มกลุ่มละ 45 ราย เท่ากัน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะการพยาบาล แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Samples t-test, Independent Samples t-test และ χ^2

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Kalasin Sepsis Nursing Model) ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ แบบฟอร์มคัดกรองแบบบูรณาการ (qSOFA + SIRS + NEWS) ระบบแจ้งเตือน Sepsis Alert และแบบฟอร์ม SBAR Checklist Hour-1 Bundle แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล (CPG) สำหรับ Sepsis และระบบติดตามและประเมินผล พร้อมปัจจัยสนับสนุน (การอบรมเชิงปฏิบัติการ Simulation-based Training และ Kalasin Sepsis Protocol) ผลการใช้รูปแบบพบว่า ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นเป็น 27.86±1.57 คะแนน ($p < .001$) ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี ($\bar{x}$ = 4.20±0.14) ($p < .001$) สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตาม Bundle ครบถ้วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93.33 ($p = 0.002$) สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับ Bundle ครบภายใน 1 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 82.22 ($p = 0.002$) ระยะเวลาถึงการได้รับยาปฏิชีวนะลดลงเป็น 46.60±9.00 นาที ($p < .001$) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.63±0.32)

คำสำคัญ: ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, รูปแบบการพยาบาล, Hour-1 Bundle

Abstract

This action research aimed to study problems and develop a nursing model. The study was conducted from October 2025 to March 2026, over a period of 6 months. The sample consisted of 23 registered nurses and 90 emergency patients at risk of sepsis, divided into 45 patients in pre and post group too. Research instruments included focus group discussion guidelines, a general information questionnaire, a Sepsis nursing knowledge test, a nursing skills assessment form, a patient data collection form, and a nurse satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics including Paired Samples t-test, Independent Samples t-test, and χ^2 test.

The results revealed that the developed nursing model for emergency patients at risk of sepsis (Kalasin Sepsis Nursing Model) consisted of five main components: an integrated screening form (qSOFA + SIRS + NEWS), a Sepsis Alert notification system and SBAR form, a complete Hour-1 Bundle checklist covering all five items, a clinical practice guideline (CPG) for Sepsis, and a monitoring and evaluation system. Supporting factors included simulation-based training workshops and the Kalasin Sepsis Protocol. The model was evaluated by three experts and rated at the highest level of appropriateness ($\bar{x}$ = 4.75, S.D. = 0.32).

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Following implementation of the model, nurses' knowledge scores increased from 24.22±2.38 to 27.86±1.57 ($p < .001$); nursing practice skills improved from a moderate level ($\bar{x}$ = 3.22±0.13) to a good level ($\bar{x}$ = 4.20±0.14) ($p < .001$); the proportion of patients receiving complete Bundle care increased from 66.67% to 93.33% ($p = 0.002$); the proportion of patients receiving complete Bundle care within one hour increased from 51.11% to 82.22% ($p = 0.002$); time to antibiotic administration decreased from 55.80±15.30 minutes to 46.60±9.00 minutes ($p < .001$); mortality rate decreased from 15.56% to 4.44%, although this difference did not reach statistical significance ($p = 0.079$); and nurse satisfaction with the nursing model was at the highest level ($\bar{x}$ = 4.63±0.32).

Keywords: Sepsis, Nursing Model, Hour-1 Bundle

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ข้อมูลล่าสุดในปี ค.ศ. 2021 รายงานว่ามีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกจำนวน 166 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 31.50 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในโลก[1] ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งเป็นระยะที่รุนแรงที่สุดมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 40.00-50.00 แม้จะได้รับการรักษาที่เหมาะสมแล้วก็ตาม[2] การล่าช้าในการให้การรักษา 1 ชั่วโมงจะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตขึ้นประมาณร้อยละ 7.00-8.00[3]

ประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 รายต่อปี และเสียชีวิต 45,000 รายต่อปี โดยผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่ติดเชื้อมาจากบ้านหรือชุมชนมีอัตราตายสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด[4] จังหวัดกาฬสินธุ์มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการตายที่อยู่ใน Top 10 Cause of Death มาโดยตลอด[5] จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งเข้ามาใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2568 และยังพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 21.21[6]

การคัดกรองและการวินิจฉัยในระยะเริ่มต้นเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการลดอัตราการเสียชีวิต โดยนิยาม Sepsis-3 ของ Singer และคณะระบุว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดคือภาวะที่อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติอย่างรุนแรงและคุกคามต่อชีวิตเนื่องจากการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อที่เสียสมดุล[7] เครื่องมือคัดกรองที่มีประสิทธิภาพได้แก่ qSOFA, SIRS Criteria (8) และ NEWS (9) แนวทางการดูแลตามมาตรฐานสากล Surviving Sepsis Campaign เน้น Hour-1 Bundle ประกอบด้วย 5 รายการที่ต้องดำเนินการภายใน 1 ชั่วโมงแรก[2,10]

งานห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ยังพบปัญหาในการดำเนินงาน ได้แก่ การคัดกรองมีหลายเครื่องมือ มีหลายค่าพารามิเตอร์ ยุ่งยากในการใช้งาน ไม่มีการสื่อสารผลการประเมินความเสี่ยงในทีม ยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานและเป็นระบบ พยาบาลยังขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการคัดกรองประเมิน และดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง Sepsis Bundle อย่างเป็นระบบ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งเน้นการแก้ปัญหาเชิงปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน[11] จะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดกรองประเมิน และดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ลดระยะเวลาในการวินิจฉัยและเริ่มการรักษา ส่งผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

ยั่งยืน และสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหน่วยฉุกเฉินต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[11] ดำเนินการวิจัยดำเนินการในระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569 โดยใช้กระบวนการ PDCA (Plan-Do-Check-Action) จำนวน 1 วงรอบ และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ กลุ่มพัฒนารูปแบบ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ และกลุ่มประเมินผลรูปแบบ คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มพัฒนารูปแบบ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 23 คน โดยเลือกแบบเจาะจงจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และกลุ่มประเมินผลรูปแบบ คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 90 ราย โดยแบ่งเป็นระยะก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลใหม่ 45 ราย และระยะหลังใช้รูปแบบการพยาบาลใหม่ 45 ราย เพื่อประเมินผลการวิจัย โดยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี และมีคะแนน qSOFA มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน หรือมีเกณฑ์ SIRS มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ข้อ พร้อมสงสัยการติดเชื้อ หรือมีคะแนน NEWS มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน พร้อมสงสัยการติดเชื้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะการพยาบาล แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทักษะทางการพยาบาล ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ก่อนหลังพัฒนาแนวทาง ด้วยสถิติ Samples t-test, Independent Samples t-test และ χ^2

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์แบบสามเส้า จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหาเพื่อการพัฒนารูปแบบ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนาม

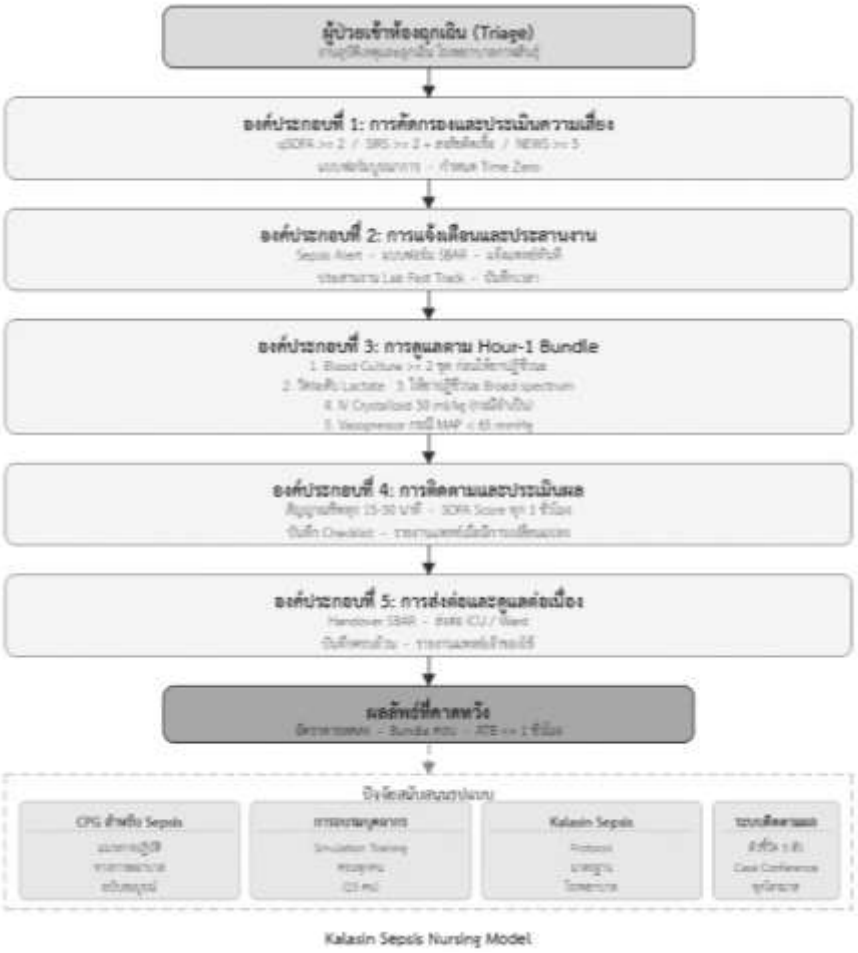
ยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรค และความต้องการ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนและรายงานตัวชี้วัด Sepsis/Septic Shock ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2568 และการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 23 คน พบปัญหาหลัก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ความซับซ้อนของเครื่องมือคัดกรอง พบว่าหน่วยงานมีเครื่องมือคัดกรองหลายชนิดพร้อมกัน ได้แก่ qSOFA, SIRS Criteria และ NEWS Score พยาบาลร้อยละ 86.96 รายงานว่าเกิดความสับสนในการเลือกใช้เครื่องมือ ทำให้ใช้เวลาในการประเมินนานขึ้น และไม่มีแบบฟอร์มบันทึกมาตรฐาน ส่งผลให้ข้อมูลการประเมินขาดความต่อเนื่องระหว่างเวร ด้านที่ 2 ระบบการสื่อสารและการประสานงาน พบว่าพยาบาลร้อยละ 78.26 รายงานว่าขาดช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจนในการแจ้งแพทย์เมื่อพบผู้ป่วยเสี่ยง ไม่มีแบบฟอร์มการส่งต่อข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร และไม่มีระบบ Fast Track สำหรับผู้ป่วย Sepsis ในห้องปฏิบัติการ ด้านที่ 3 ความรู้และทักษะในการดูแลตาม Sepsis Bundle พบว่าพยาบาลร้อยละ 78.26 ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางด้าน Sepsis ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตาม Hour-1 Bundle โดยเฉพาะการให้สารน้ำและ Vasopressor และไม่มีแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร ด้านที่ 4 ระบบการติดตามและประเมินผล พบว่าไม่มีระบบติดตามผลลัพธ์ผู้ป่วย Sepsis อย่างเป็นระบบ ขาดการวิเคราะห์อุบัติการณ์และนำผลไปพัฒนา และตัวชี้วัดบางตัวยังต่ำกว่าเกณฑ์โดยไม่มีการทบทวนเชิงระบบ

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาล ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลดำเนินการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PDCA จำนวน 1 วงรอบ โดยมีพยาบาลวิชาชีพ 23 คน เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดการวิจัย ในขั้นการวางแผน (Plan) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ และสนทนากลุ่มเพื่อรวบรวมปัญหาและความต้องการ ในขั้นการปฏิบัติ (Do) ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับพยาบาลทั้ง 23 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบ และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ Sepsis Bundle พร้อม Simulation-based Training ครบทุกคน ในขั้นการตรวจสอบ (Check) ผู้วิจัยทดลองใช้รูปแบบกับผู้ป่วยจำนวน 45 ราย บันทึกปัญหาและอุปสรรค และสัมภาษณ์พยาบาลรายบุคคล ในขั้นการปรับปรุง (Act) ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงรูปแบบใน 4 ด้าน ได้แก่ ปรับแบบฟอร์ม SBAR เพิ่มตัวอย่างประโยคสำเร็จรูป ปรับ Checklist Hour-1 Bundle ให้ใช้ Check box จัดทำแนวทาง Fast Track Lab และเพิ่มการทบทวนรูปแบบในการประชุมทีมประจำเดือน รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ฉบับสมบูรณ์ (Kalasin Sepsis Nursing Model) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 แบบฟอร์มคัดกรองแบบบูรณาการ (qSOFA + SIRS + NEWS) ในแบบฟอร์มเดียว พร้อม Check box และเกณฑ์ตัดสินที่ชัดเจน

องค์ประกอบที่ 2 ระบบแจ้งเตือน Sepsis Alert และแบบฟอร์ม SBAR พร้อมตัวอย่างประโยคสำเร็จรูป องค์ประกอบที่ 3 Checklist Hour-1 Bundle ครบ 5 รายการตามแนวทาง Surviving Sepsis Campaign องค์ประกอบที่ 4 แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล (CPG) สำหรับ Sepsis ที่ครอบคลุมตั้งแต่ Triage จนถึงการส่งต่อ และองค์ประกอบที่ 5 ระบบติดตามและประเมินผลด้วยตัวชี้วัด 5 ตัวพร้อม Sepsis Case Conference ทุกไตรมาส รูปแบบดังกล่าวผ่านการประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้รับคะแนนเฉลี่ยรวม 4.75 (S.D. = 0.32) อยู่ในระดับมากที่สุด และได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อนำไปใช้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานอย่างเป็นทางการ ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ฉบับสมบูรณ์

3. ผลการประเมินการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

3.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ จากการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 23 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.96 มีอายุเฉลี่ย 32.78±7.98 ปี โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 31–40 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.48

รองลงมาคือกลุ่มอายุ 21–30 ปี ร้อยละ 30.43 และกลุ่มอายุ 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.09 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.30 และปริญญาโท ร้อยละ 8.70 ตำแหน่งงานพบว่าเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการมากที่สุด ร้อยละ 73.91 รองลงมาคือระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 26.09 ด้านประสบการณ์การทำงานในหน่วยฉุกเฉิน กลุ่มที่มีประสบการณ์ 7–10 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 34.78 รองลงมาคือ 1–3 ปี และ 4–6 ปี ร้อยละ 21.74 เท่ากัน สำหรับการได้รับการอบรมเกี่ยวกับ Sepsis พบว่าพยาบาลเคยได้รับการอบรมเพียงร้อยละ 21.74 ขณะที่ส่วนใหญ่ร้อยละ 78.26 ยังไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางด้าน Sepsis ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในด้านนี้

3.2 ด้านความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าพยาบาลมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 24.22±2.38 คะแนน เป็น 27.86±1.57 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.529$, $p < .001$, 95%CI: 2.85, 4.43) โดยส่วนที่มีพัฒนาการมากที่สุดคือส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตาม Sepsis Bundle มีค่าเฉลี่ยของผลต่างสูงสุด ($\bar{d} = 1.66$, $t = 6.82$, $p < .001$)

3.3 ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าพยาบาลมีคะแนนทักษะเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.22±0.13 คะแนน เป็น 4.20±0.14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน โดยระดับทักษะเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 38.051$, $p < .001$, 95%CI: 0.93, 1.03) ทุกด้านมีค่า t สูงอย่างมีนัยสำคัญ โดยด้านที่ 3 การปฏิบัติตาม Hour-1 Bundle มีค่า t สูงสุด ($t = 21.477$, $p < .001$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 23)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ด้านความรู้				
ส่วนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด				
- ก่อนใช้รูปแบบ	8.54	1.05	4.63	<.001*
- หลังใช้รูปแบบ	9.38	0.70		
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและประเมิน				
- ก่อนใช้รูปแบบ	8.12	1.08	5.48	<.001*
- หลังใช้รูปแบบ	9.26	0.90		
ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตาม Sepsis Bundle				
- ก่อนใช้รูปแบบ	7.56	1.39	6.82	<.001*
- หลังใช้รูปแบบ	9.22	0.93		
คะแนนความรู้โดยรวม (เต็ม 30 คะแนน)				
- ก่อนใช้รูปแบบ	24.22	2.38	9.529	<.001*
- หลังใช้รูปแบบ	27.86	1.57		
ด้านที่ 1 การคัดกรองและประเมินภาวะเสี่ยง				
- ก่อนใช้รูปแบบ	3.23	0.38	13.024	<.001*
- หลังใช้รูปแบบ	4.22	0.27		

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 23)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ด้านที่ 2 การแจ้งเตือนและบันทึก				
- ก่อนใช้รูปแบบ	3.15	0.43	13.625	<.001*
- หลังใช้รูปแบบ	4.09	0.35		
ด้านที่ 3 การปฏิบัติตาม Hour-1 Bundle				
- ก่อนใช้รูปแบบ	3.19	0.27	21.477	<.001*
- หลังใช้รูปแบบ	4.18	0.23		
ด้านที่ 4 การติดตามและประเมินผล				
- ก่อนใช้รูปแบบ	3.29	0.30	15.777	<.001*
- หลังใช้รูปแบบ	4.26	0.27		
ด้านที่ 5 การส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง				
- ก่อนใช้รูปแบบ	3.24	0.43	12.041	<.001*
- หลังใช้รูปแบบ	4.22	0.38		
คะแนนทักษะโดยรวม (เต็ม 5 คะแนน)				
- ก่อนใช้รูปแบบ	3.22	0.13	38.051	<.001*
- หลังใช้รูปแบบ	4.20	0.14		

3.4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้รูปแบบจำนวน 45 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 23 ราย ร้อยละ 51.11 มีอายุเฉลี่ย 62.22±12.63 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 60–69 ปี 16 ราย ร้อยละ 35.56 รองลงมาคือ 70 ปีขึ้นไป 12 ราย ร้อยละ 26.67 และ 50–59 ปี 9 ราย ร้อยละ 20.00 โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือเบาหวาน 28 ราย ร้อยละ 62.22 รองลงมาคือความดันโลหิตสูง 24 ราย ร้อยละ 53.33 โรคไตเรื้อรัง 7 ราย ร้อยละ 15.56 และมะเร็ง 7 ราย ร้อยละ 15.56 แหล่งติดเชื้อที่พบมากที่สุดคือระบบหายใจ 18 ราย ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือระบบปัสสาวะ 9 ราย ร้อยละ 20.00 และระบบทางเดินอาหาร 8 ราย ร้อยละ 17.78 คะแนนคัดกรองเมื่อแรกรับ SIRS score ส่วนใหญ่อยู่ที่ 3 คะแนน 18 ราย ร้อยละ 40.00 มีค่าเฉลี่ย 3.02±0.78 qSOFA score ส่วนใหญ่อยู่ที่ 2 คะแนน 32 ราย ร้อยละ 71.11 มีค่าเฉลี่ย 2.20±0.50 NEWS score ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5–6 คะแนน 17 ราย ร้อยละ 37.78 มีค่าเฉลี่ย 8.16±2.32 และ Lactate แรกพบในช่วง 2.00–3.99 และ 4.00–7.99 mmol/L เท่ากัน กลุ่มละ 18 ราย ร้อยละ 40.00 มีค่าเฉลี่ย 4.93±3.58 mmol/L

กลุ่มตัวอย่างหลังใช้รูปแบบจำนวน 45 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 25 ราย ร้อยละ 55.56 มีอายุเฉลี่ย 59.44±15.63 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 70 ปีขึ้นไป 12 ราย ร้อยละ 26.67 รองลงมาคือ 50–59 ปี 11 ราย ร้อยละ 24.44 และ 60–69 ปี 9 ราย ร้อยละ 20.00 โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง 20 ราย ร้อยละ 44.44 รองลงมาคือเบาหวาน 19 ราย ร้อยละ 42.22 และโรคไตเรื้อรัง 12 ราย ร้อยละ 26.67 แหล่งติดเชื้อที่พบมากที่สุดคือระบบปัสสาวะ 12 ราย ร้อยละ 26.67 รองลงมาคือระบบหายใจและผิวหนัง/เนื้อเยื่ออ่อน กลุ่มละ 10 ราย ร้อยละ 22.22 เท่ากัน คะแนนคัดกรองเมื่อแรกรับ SIRS score ส่วนใหญ่อยู่ที่ 3 คะแนน 19 ราย ร้อยละ

42.22 มีค่าเฉลี่ย 2.69±0.70 qSOFA score ส่วนใหญ่อยู่ที่ 2 คะแนน 29 ราย ร้อยละ 64.44 มีค่าเฉลี่ย 2.36±0.48 NEWS score ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 9–11 คะแนน 14 ราย ร้อยละ 31.11 มีค่าเฉลี่ย 9.11±2.81 และ Lactate แรกพบในช่วง 4.00–7.99 mmol/L มากที่สุด 30 ราย ร้อยละ 66.67 มีค่าเฉลี่ย 6.15±2.20 mmol/L ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (n=90)

ลักษณะผู้ป่วย	ก่อนพัฒนารูปแบบ (n=45)		หลังพัฒนารูปแบบ (n=45)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
- ชาย	22	48.89	25	55.56
- หญิง	23	51.11	20	44.44
อายุ (ปี)				
- น้อยกว่า 40 ปี	3	6.67	8	17.78
- 40–49 ปี	5	11.11	5	11.11
- 50–59 ปี	9	20.00	11	24.44
- 60–69 ปี	16	35.56	9	20.00
- 70 ปีขึ้นไป	12	26.67	12	26.67
- ค่าเฉลี่ย ± SD (ปี)	62.22 ± 12.63		59.44 ± 15.63	
โรคร่วม				
- เบาหวาน (DM)	28	62.22	19	42.22
- ความดันโลหิตสูง (HT)	24	53.33	20	44.44
- โรคไตเรื้อรัง (CKD)	7	15.56	12	26.67
- มะเร็ง	7	15.56	5	11.11
แหล่งติดเชื้อ				
- ระบบหายใจ	18	40.00	10	22.22
- ระบบปัสสาวะ	9	20.00	12	26.67
- ผิวหนัง/เนื้อเยื่ออ่อน	5	11.11	10	22.22
- ระบบทางเดินอาหาร	8	17.78	3	6.67
- Catheter-related	4	8.89	4	8.89
- ไม่ทราบแหล่ง	1	2.22	6	13.33
SIRS score (คะแนน)				
- 2 คะแนน	13	28.89	20	44.44
- 3 คะแนน	18	40.00	19	42.22
- 4 คะแนนขึ้นไป	14	31.11	6	13.33
- ค่าเฉลี่ย ± SD	3.02 ± 0.78		2.69 ± 0.70	
คะแนน qSOFA score				
- 2 คะแนน	32	71.11	29	64.44
- 3 คะแนน	11	24.44	16	35.56
- ค่าเฉลี่ย ± SD	2.20 ± 0.50		2.36 ± 0.48	
คะแนน NEWS score				

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (n=90)

ลักษณะผู้ป่วย	ก่อนพัฒนารูปแบบ (n=45)		หลังพัฒนารูปแบบ (n=45)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- 5–6 คะแนน	17	37.78	12	26.67
- 7–8 คะแนน	10	22.22	7	15.56
- 9–11 คะแนน	14	31.11	14	31.11
- 12 คะแนนขึ้นไป	4	8.89	12	26.67
- ค่าเฉลี่ย ± SD	8.16 ± 2.32		9.11 ± 2.81	
Lactate แรก (mmol/L)				
- 2.00–3.99 mmol/L	18	40.00	6	13.33
- 4.00–7.99 mmol/L	18	40.00	30	66.67
- 8.00 mmol/L ขึ้นไป	9	20.00	9	20.00
- ค่าเฉลี่ย ± SD	4.93 ± 3.58		6.15 ± 2.20	

3.5 ด้านผลลัพธ์กระบวนการพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าหลังการใช้รูปแบบสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตาม Bundle ครบถ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.67 เป็นร้อยละ 93.33 (χ^2 = 10.000, p = 0.002) สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับ Bundle ครบภายใน 1 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.11 เป็นร้อยละ 82.22 (χ^2 = 9.800, p = 0.002) ระยะเวลาตั้งแต่ Time zero ถึงการแจ้งแพทย์ลดลงจาก 13.80±10.90 นาที เป็น 8.30±2.60 นาที (t = 2.971, p = 0.004) ระยะเวลาถึงการเจาะ Blood Culture ลดลงจาก 45.20±12.20 นาที เป็น 33.90±7.40 นาที (t = 5.281, p < .001) และระยะเวลาถึงการได้รับยาปฏิชีวนะลดลงจาก 55.80±15.30 นาที เป็น 46.60±9.00 นาที (t = 3.473, p < .001)

3.6 ด้านผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าอัตราการเสียชีวิตลดลงจากร้อยละ 15.56 เป็นร้อยละ 4.44 และระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลงจาก 5.00±1.80 วัน เป็น 4.50±1.90 วัน แม้ความแตกต่างยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.079 และ p = 0.209 ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านกระบวนการดูแลตาม Sepsis Bundle ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=90)

ผลลัพธ์กระบวนการ Sepsis Bundle	ก่อนใช้รูปแบบ (n=45)		หลังใช้รูปแบบ (n=45)		χ^2	p-value
ความรวดเร็วทางการพยาบาล	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**		
- Bundle complete ครบ 5/5 รายการ	30	66.67	42	93.33	10.000	0.002*
- ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง	33	73.33	40	88.89	3.554	0.059
- Bundle ครบภายใน 1 ชั่วโมง	23	51.11	37	82.22	9.800	0.002*
ระยะเวลา (นาที)	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	t	p-value
- Time zero ถึงแจ้งแพทย์	13.80	10.90	8.30	2.60	2.971	0.004*
- Time zero ถึงเจาะ Blood Culture	45.20	12.20	33.90	7.40	5.281	<0.001*

- Time zero ถึงได้รับยาปฏิชีวนะ	55.80	15.30	46.60	9.00	3.473	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p < .05

3.5 ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.63±0.32) โดยส่วนที่มีคะแนนสูงสุดคือส่วนที่ 4 ด้านการพัฒนาความรู้และทักษะ ($\bar{X}$ = 4.76±0.34) และรายการที่มีคะแนนสูงสุดคือการเต็มใจที่จะใช้รูปแบบนี้ต่อไปในอนาคต ($\bar{X}$ = 4.87±0.34)

สรุปและอภิปรายผล

สภาพปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบปัญหาหลักสี่ด้าน ได้แก่ ความซับซ้อนของเครื่องมือคัดกรอง การขาดระบบสื่อสารที่มีมาตรฐาน การขาดความรู้และทักษะเฉพาะทาง และการขาดระบบติดตามประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับวิมลรัตน์ เสนาะเสียง [12] ที่พบว่าการขาดแนวทางการดูแลตามมาตรฐาน CPG Sepsis ที่ชัดเจนและการขาดการบูรณาการเครื่องมือคัดกรองเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลผู้ป่วย Sepsis และสอดคล้องกับละดาวัลย์ ขุราษี[13] ที่พบว่าพยาบาลขาดความมั่นใจในการใช้เครื่องมือคัดกรองและการปฏิบัติตามแนวทาง Sepsis Protocol อย่างครบถ้วน ปัญหาความซับซ้อนของเครื่องมือคัดกรองสอดคล้องกับ Guarino และคณะ[14] ที่ระบุว่าการใช้เครื่องมือคัดกรองหลายชนิดพร้อมกันโดยไม่มีการบูรณาการเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยและการรักษา ปัญหาการขาดความรู้และทักษะเฉพาะทางสอดคล้องกับ Chua และคณะ[15] ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ยังมีความรู้และความมั่นใจในการรับรู้และจัดการผู้ป่วย Sepsis อยู่ในระดับที่ต้องพัฒนา ปัญหาการขาดระบบสื่อสารที่เป็นมาตรฐานสอดคล้องกับบุญมี จันทริมา[16] ที่พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการรายงานแพทย์เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลที่ประสบความสำเร็จ และ Kim และคณะ (17) ที่ยืนยันว่าการขาดระบบแจ้งเตือน Sepsis ทำให้การปฏิบัติตาม Sepsis Bundle ล่าช้า

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PDCA ทำให้ได้รูปแบบที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ซึ่งผ่านการประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์ และคณะ[18] ที่พัฒนารูปแบบโดยมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและได้รับการประเมินในระดับมาก การพัฒนาแบบฟอร์มคัดกรองแบบบูรณาการสอดคล้องกับ Guarino และคณะ[14] ที่แนะนำการใช้เครื่องมือคัดกรองหลายชนิดร่วมกันและสอดคล้องกับวิมลรัตน์ เสนาะเสียง[12] ที่พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลตามมาตรฐาน CPG Sepsis ส่งผลให้อัตราการปฏิบัติตาม CPG สูงมาก การพัฒนาระบบ Sepsis Alert และแบบฟอร์ม SBAR สอดคล้องกับ Kim และคณะ[17] ที่พบว่าระบบแจ้งเตือน Sepsis มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการลดอัตราการเสียชีวิตและการปรับปรุงการปฏิบัติตาม Sepsis Bundle การพัฒนา Checklist Hour-1 Bundle และการจัดอบรมพร้อม Simulation-based Training สอดคล้องกับ Chua และคณะ[15] และ Warstadt และคณะ[19] ที่พบว่าการพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนร่วมกับการอบรมแบบมุ่งเป้าเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาระบบการดูแล Sepsis

ผลการประเมินการใช้รูปแบบพบว่า ความรู้และทักษะของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยส่วนที่มีพัฒนาการมากที่สุดคือความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลตาม Sepsis Bundle สอดคล้องกับ Chua และคณะ[15] และละดาวัลย์ ขุราษี[13] ที่พบว่าการจัดโปรแกรมอบรมอย่างเป็นระบบช่วยเพิ่มความรู้และความมั่นใจของพยาบาล

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ด้านกระบวนการที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายตัวชี้วัด สอดคล้องกับ Warstadt และคณะ[19] ที่พบว่าการปฏิบัติตาม Sepsis Bundle เพิ่มขึ้นเกือบสองเท่า และ Kim และคณะ[17] ที่ยืนยันว่าระบบแจ้งเตือน Sepsis ส่งผลให้การดูแลตาม Bundle รวดเร็วและครบถ้วนยิ่งขึ้น สอดคล้องกับลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์ และคณะ[18] ที่พบว่าหลังการใช้รูปแบบจำนวนวันนอนลดลงและอัตราการหายเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน อัตราการเสียชีวิตที่ลดลงแม้ยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับ Méndez และคณะ[20] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis อย่างเป็นระบบต้องใช้เวลาหลายปีจึงแสดงผลลัพธ์ด้านอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และบุญมี จันทริมา[16] ที่พบว่าการพัฒนาโดยมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพส่งผลให้บรรลุตัวชี้วัดครบทุกตัว ความพึงพอใจของพยาบาลในระดับมากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับบุญมี จันทริมา[16] และลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์ และคณะ[18]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน โดยปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน และสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน

2. ควรจัดการอบรม Simulation-based Training ซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อรักษาระดับความรู้และทักษะของพยาบาลให้คงไว้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบุคลากรใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงาน

3. ควรดำเนินการประชุม Sepsis Case Conference ทุกไตรมาสอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทบทวนอุบัติการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และนำผลไปปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

4. ควรพัฒนาระบบรายงานตัวชี้วัด Sepsis ในรูปแบบ Real-time Dashboard เพื่อให้หัวหน้างานและผู้บริหารสามารถติดตามผลลัพธ์และตัดสินใจเชิงนโยบายได้อย่างรวดเร็ว

5. ควรประสานงานกับทีมเภสัชกรรมในการจัดระบบ Pre-approved Antibiotic Order สำหรับผู้ป่วย Sepsis เพื่อลดระยะเวลาในการรอรับยาปฏิชีวนะให้ต่ำกว่าหนึ่งชั่วโมง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน พยาบาลและบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2021: a systematic analysis. Lancet Glob Health. 2025; Advance online publication.

2.Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Crit Care Med. 2021;49(11):e1063-e1143.

3.Kumar A, Roberts D, Wood KE, Light B, Parrillo JE, Sharma S, et al. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. Crit Care Med. 2006;34(6):1589-1596.

4.กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis). [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ม.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก: http://healthkpi.moph.go.th

5.กมลทิพย์ กำจรเมนุกูล. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(2):212-221.

6.จิรศักดิ์ คามจังหาร. การพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ในจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(2):533-543.

7.Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-810.

8.Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Chest. 1992;101(6):1644-1655.

9.Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. London: RCP; 2012.

10.Levy MM, Evans LE, Rhodes A. The Surviving Sepsis Campaign bundle: 2018 update. Intensive Care Med. 2018;44(6):925-928.

11.Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The Sage handbook of qualitative research. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2005. p. 559-603.

12.วิมลรัตน์ เสนาะเสียง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรงพยาบาลสมเด็จ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):661-667.

13.ละดาวัลย์ ขุราษี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการทางพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต โรงพยาบาลจังหาร. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(2):382-395.

14.Guarino M, Perna B, Cesaro AE, Maritati M, Spampinato MD, Contini C, et al. 2023 Update on sepsis and septic shock in adult patients: Management in the emergency department. J Clin Med. 2023;12(9):3188.

15.Chua WL, Teh CS, Basri MAB, Ong ST, Phang NQQ, Goh EL. Nurses' knowledge and confidence in recognizing and managing patients with sepsis: a multi-site cross-sectional study. J Adv Nurs. 2023;79:616-629.

16.บุญมี จันทริมา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด งานพยาบาลผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;4(1):91-103.

17.Kim HJ, Ko RE, Park CM, Lim SY, Suh GY, Lee YJ. Sepsis alert systems, mortality, and adherence in emergency departments: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open. 2024;7(7):e2422823.

18.ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์ จุฑาวดี วงษ์สมบัติ และพนิตนันท์ หนูชัยปลอด. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลกระบี่. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2568;5(1).

19.Warstadt NM, Caldwell JR, Sather JM, Prendergast HM, Doshi P. Quality initiative to improve emergency department sepsis bundle compliance through utilisation of an electronic health record tool. BMJ Open Qual. 2022;11(1):e001624.

20.Méndez R, Figuerola A, Chicot M, Barrios A, Zurita N, Ramasco F. Decrease in mortality after the implementation of a hospital model to improve performance in sepsis care: Princess Sepsis Code. J Clin Med. 2024;13(4):1026.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง

Development of a Home Ward Care Model to Improve Health Literacy in Patients with Hypertension, Chaiyo Hospital.

(Received: March 23,2026 ; Revised: March 26,2026 ; Accepted: March 29,2026)

ศิรินทร์ทิพย์ ทองศักดิ์[1]
Sirinthip Thongsuk[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนา และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) ดำเนินการในเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 - มีนาคม พ.ศ. 2569 รวม 7 เดือน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 25 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบบันทึกทางคลินิก และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีชื่อว่า "รูปแบบ Chaiyo Home-CARE Model" ประกอบด้วย การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง การวางแผนและพัฒนาสื่อความรู้ การให้ความรู้และพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยเทคนิค Teach-back และ Line OA การเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยในชุมชนตามแนวคิด 3 หมอ การสื่อสารและประสานงานทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย และการประเมินผลและติดตามผลลัพธ์ ผลการใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็นระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$ = 97.57, S.D. = 8.01) คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 84.97, S.D. = 3.69) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง และผู้ป่วยสามารถควบคุม ความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56.67 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.87, S.D. = 0.10) และทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.06, S.D. = 0.13) การทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และตัวชี้วัด ทางคลินิกทุกรายการมีความแตกต่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This research was a Research and Development study aimed at investigating problems, developing, and evaluating a home ward care model for hypertensive patients' health literacy at Chaiyo Hospital, Ang Thong Province. The study was conducted from September 2025 to March 2026, spanning a total of 7 months. The sample consisted of 25 multidisciplinary team members and network partners who participated in model development, and 30 hypertensive patients in the Home Ward system. Research instruments included focus group guidelines, a general information questionnaire, health literacy assessment, self-care behavior assessment, a clinical indicator record form, expert appropriateness evaluation form, and satisfaction assessment. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test for pre-post comparisons.

The results revealed that the developed model, named the "Chaiyo Home-CARE Model" (Home Ward Care for Adequate health literacy and self-care to Reduce blood pressure through Empowerment), comprised six main steps: health literacy and self-care behavior assessment; planning and educational material development; health literacy development using Teach-back technique and Line OA; home visits

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลไชโย

and community follow-up based on the Three Doctors concept every two weeks; interprofessional communication and network coordination; and outcome evaluation and monitoring following the PDCA cycle. Evaluation of model appropriateness by three experts indicated a high level of suitability across all domains (Mean = 4.49, S.D. = 0.38). Post-implementation evaluation revealed that overall health literacy scores increased from a low level to a moderate level (Mean = 97.57, S.D. = 8.01), overall self-care behavior scores increased to a moderate level (Mean = 84.97, S.D. = 3.69), both systolic and diastolic blood pressure decreased significantly, and the proportion of patients achieving blood pressure control increased to 56.67 percent. Patient satisfaction with the care model was at a high level (Mean = 3.87, S.D. = 0.10), and multidisciplinary team and network partner satisfaction was also at a high level (Mean = 4.06, S.D. = 0.13). Statistical testing demonstrated that health literacy scores, self-care behavior scores, and all clinical indicators showed statistically significant differences before and after model implementation at the .05 level.
Keywords: Home Ward care model, health literacy, hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชากรจำนวนมาก องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกประมาณ 1.28 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22.00 ของประชากรโลก โดยพบว่าร้อยละ 46.00 ของผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้ และเพียงร้อยละ 42.00 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา[1] การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบดั้งเดิมที่เน้นการรักษาในโรงพยาบาลพบข้อจำกัดหลายประการ หลายประเทศจึงพัฒนารูปแบบการดูแลที่บ้าน โดยการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า Hospital at Home สามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำลงร้อยละ 19.00 และลดค่าใช้จ่ายลงร้อยละ 32.00[2]

ประเทศไทยเผชิญกับภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.47 และพบว่าร้อยละ 30.20 ของผู้ป่วยขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอในการดูแลตนเอง[3] กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย Home Ward เป็นหนึ่งในกลยุทธ์สำคัญภายใต้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2560-2569[4] และการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยรูปแบบ Home Ward ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงและคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น[5]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้เพื่อการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย 3 มิติหลัก ได้แก่ Functional, Interactive และ Critical Health Literacy[6] การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ต่ำถึง 2.50 เท่า[7] ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[8] และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และ DiClemente[9] ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านอย่างเป็นระบบ รูปแบบ Home Ward เป็นรูปแบบการดูแลให้กับผู้ป่วยในที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพให้การดูแลอย่างเป็นระบบและมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง[10] กรมการแพทย์ได้พัฒนาระบบ A-MED Home Ward โดยมีการบูรณาการกับระบบ HIS ของโรงพยาบาลและรองรับการสื่อสารผ่านช่องทาง Telehealth[11]

อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน 7,234 คน ในปี พ.ศ. 2565 และมีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายเพียงร้อยละ 46.30 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับชาติ โรงพยาบาลไชโยเริ่มดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ติดตาม

อาการที่บ้าน โดยการบันทึกค่าความดันโลหิต แบบ Self-Report และนำผลการบันทึกนั้นมารายงานเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 แต่ยังพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยร้อยละ 62.50 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองอยู่ในระดับ ปานกลางถึงต่ำ ร้อยละ 34.60 ไม่รับประทานยาสม่ำเสมอ ร้อยละ 68.20 ไม่ออกกำลังกายตามที่แนะนำ และร้อยละ 28.40 ไม่สามารถบันทึกข้อมูลในระบบได้ด้วยตนเอง[12] รูปแบบเดิมยังขาดการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ขาดเทคนิคการสอนที่หลากหลาย และขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างแท้จริง

จากสถานการณ์และปัญหาที่กล่าวมา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบผู้ป่วยในที่บ้านที่มีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัดแต่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และลดการเข้ารับการรักษาซ้ำ โดยการพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านที่บูรณาการการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองและทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นพื้นฐาน ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลสำคัญในการปรับปรุงและพัฒนาระบบ Home Ward ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนเป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง

2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโพรชาสกาและดิคลีเมนเต (Prochaska and DiClemente's Transtheoretical Model) แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam's Health Literacy Concept) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนาแบบ ADDIE Model ทำการศึกษาในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 7 เดือน การดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะการวิเคราะห์ (Analysis) ระยะการออกแบบ (Design) ระยะการพัฒนา (Development) ระยะการนำไปใช้ (Implementation) และระยะการประเมินผล (Evaluation) โดยมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร การวิจัยนี้ แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้ ขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ความต้องการ และพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบ

Home Ward ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกำหนดอาหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขั้นตอนการประเมินประสิทธิผล ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโครงการ Home Ward โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง

2) กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ความต้องการ และพัฒนารูปแบบ จำนวน 20 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกำหนดอาหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์ใน การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบ Home Ward กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการประเมินประสิทธิผล จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโครงการ Home Ward โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่ผู้วิจัยกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 6 ชุด ดังนี้ 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 3) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง 5) แบบบันทึกทางคลินิก 6) แบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ การดูแลตนเอง ก่อนหลังพัฒนาแนวทาง ด้วยสถิติ Paired t-test

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์แบบสามเส้า จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหาเพื่อการพัฒนารูปแบบ

จริยธรรมงานวิจัย

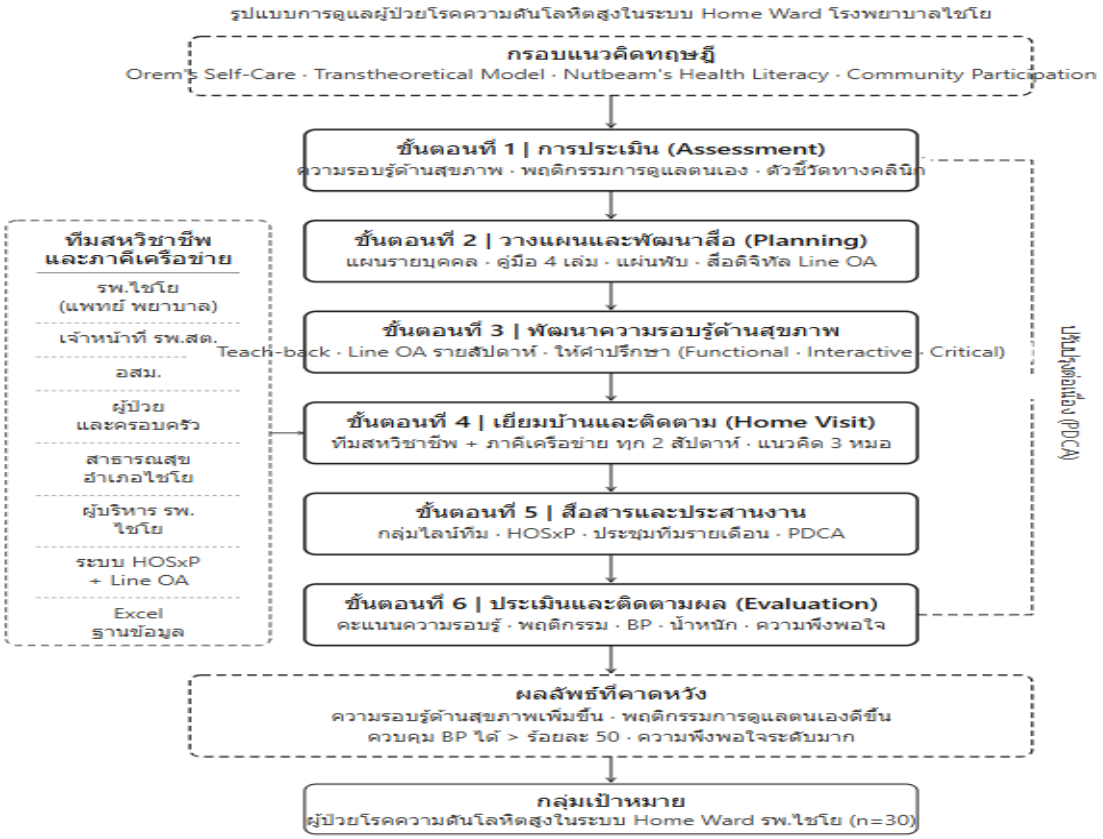
ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนารูปแบบ (ระยะ Analysis) การศึกษาสถานการณ์โดยการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 25 คน พบว่าโรงพยาบาลไชโยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมระบบการติดตามค่าความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) เพิ่มขึ้นจาก 78 ราย ในปี พ.ศ. 2566 เป็น 96 ราย ในปี พ.ศ. 2567 โดยมีปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) ด้านกระบวนการดูแล ยังขาดแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นระบบ การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง และสื่อการสอนไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 3) ด้านระบบและทรัพยากร การบูรณาการระบบข้อมูล HOSxP กับการดูแลในชุมชนยังไม่สมบูรณ์ และขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ และ 4)

ด้านภาคีเครือข่าย การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลไชโย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังขาดความเชื่อมโยงที่ชัดเจน ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีความต้องการให้พัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาสื่อและคู่มือ การให้ความรู้ด้วยเทคนิค Teach-back การเยี่ยมบ้านตามแนวคิด 3 หมอ การสื่อสารผ่าน Line OA และการประเมินผลตามวงจรคุณภาพ

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) (ระยะ Design และ Development) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีชื่อว่า "รูปแบบ Chaiyo Home -CARE Model" ซึ่งมาจาก Home Ward Care for Adequate health literacy and self-care to Reduce blood pressure through Empowerment ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Assessment) 2) การวางแผนและพัฒนาสื่อความรู้ (Planning and Material Development) 3) การให้ความรู้และพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Development) ด้วยเทคนิค Teach-back และ Line OA 4) การเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยในชุมชน (Home Visit and Follow-up) ตามแนวคิด 3 หมอ ทุก 2 สัปดาห์ 5) การสื่อสารและประสานงานทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย (Interprofessional Communication) และ 6) การประเมินผลและติดตามผลลัพธ์ (Evaluation and Outcome Monitoring) ตามวงจรคุณภาพ ในระยะพัฒนา ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือประกอบรูปแบบครบถ้วน ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ 30 ข้อ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง 25 ข้อ คู่มือการปฏิบัติงาน 4 เล่ม สื่อแผ่นพับภาพประกอบ 5 หัวข้อ ระบบ Line OA ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกำหนดอาหาร เพื่อส่งสื่อความรู้พร้อมการติดตามอาการ และระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกับ HOSxP โรงพยาบาลไชโย จากนั้นดำเนินการอบรมทีม สหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 2 ครั้ง และทดลองนำร่อง (Pilot Test) กับผู้ป่วย 5 ราย ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ก่อนนำไปใช้จริง ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่ามีความเหมาะสมในระดับมากทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยรวม 4.49 (S.D. = 0.38) ด้านที่ได้คะแนนสูงสุด คือ ด้านความเป็นประโยชน์ ($\bar{X}$ = 4.75) และด้านที่ได้คะแนนต่ำสุดคือ ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ($\bar{X}$ = 4.17) เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าการจัดหาทรัพยากรในระยะยาวยังต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลการนำรูปแบบไปใช้ (ระยะ Implementation) ผู้วิจัยดำเนินการนำรูปแบบ “Chaiyo Home -CARE Model” ไปใช้เต็มรูปแบบในช่วงเดือนมกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 3 เดือน กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระบบ Home Ward โดยดำเนินการเยี่ยมบ้านรวมทั้งสิ้น 180 ครั้ง เฉลี่ยผู้ป่วยละ 6 ครั้ง มีอัตราการเข้าร่วมประชุมทีมเฉลี่ยร้อยละ 90.00 และมีความครบถ้วนของข้อมูลในระบบฐานข้อมูลร้อยละ 100.00 รูปแบบ “Chaiyo Home -CARE Model” ได้รับการยอมรับจากผู้บริหารโรงพยาบาลไชโยและสาธารณสุขอำเภอไชโยให้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระบบ Home Ward อย่างเป็นทางการ ได้รูปแบบดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 รูปแบบขั้นสมบูรณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ (ระยะ Evaluation) กลุ่มตัวอย่างในการประเมินประสิทธิผล จำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.00) อายุเฉลี่ย 62.90 ปี (SD = 8.69) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70.00) มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลักทุกราย มีโรคร่วมไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 73.33) และเบาหวาน (ร้อยละ 56.67) และเข้าร่วม Home Ward เฉลี่ย 2.77 เดือน (SD = 1.14) ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

3.1) ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนความรอบรู้ด้าน สุขภาพรวมเฉลี่ย 60.07 คะแนน (SD = 4.73) อยู่ในระดับต่ำ หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 97.57 คะแนน (SD = 8.01) อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของผลต่าง 37.50 คะแนน และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อน การพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 53.003$, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่าทุกมิติ มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มิติที่ 1 ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพ (Functional Health Literacy) เพิ่มขึ้นจาก 20.77 เป็น 33.93 คะแนน ($t = 54.831$, $p < 0.001$) มิติที่ 2 ความรอบรู้ เชิงโต้ตอบ (Interactive Health Literacy) เพิ่มขึ้นจาก 20.13 เป็น 32.63 คะแนน ($t = 53.496$, $p < 0.001$) และมิติที่ 3 ความรอบรู้เชิงวิพากษ์

(Critical Health Literacy) เพิ่มขึ้นจาก 19.17 เป็น 31.00 คะแนน “Chaiyo Home -CARE Model” (t = 47.424, p < 0.001)

3.2) ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองรวมเฉลี่ย 64.03 คะแนน (SD = 4.92) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 84.97 คะแนน (SD = 3.69) อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของผลต่าง 20.93 คะแนน และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 19.992, p < 0.001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการรับประทานยา (t = 14.365, p < 0.001) ด้านการควบคุมอาหาร (t = 11.029, p < 0.001) ด้านการจัดการความเครียด (t = 14.174, p < 0.001) และด้านการติดตามตรวจสุขภาพ (t = 15.042, p < 0.001) ส่วนด้านการออกกำลังกายมีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -3.247, p = 0.003) ซึ่งเป็นด้านที่ยังคงอยู่ในระดับต่ำทั้งก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

3.3) ด้านตัวชี้วัดทางคลินิก หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ลดลงจากเฉลี่ย 167.00 เป็น 135.30 มิลลิเมตรปรอท ($\bar{d}$ = -31.70, t = -7.465, p < 0.001) ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ลดลงจากเฉลี่ย 99.70 เป็น 78.13 มิลลิเมตรปรอท ($\bar{d}$ = -21.57, t = -6.990, p < 0.001) น้ำหนักตัวลดลงจากเฉลี่ย 69.77 เป็น 68.30 กิโลกรัม ($\bar{d}$ = -1.47, t = -15.832, p < 0.001) และดัชนีมวลกายลดลงจากเฉลี่ย 27.05 เป็น 26.48 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ($\bar{d}$ = -0.57, t = -15.685, p < 0.001) ทุกตัวชี้วัดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (SBP < 140 และ DBP < 90 มิลลิเมตรปรอท) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.00 เป็นร้อยละ 56.67 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) (n=30)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{d}$	t	p-value
คะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ						
- ก่อนการพัฒนารูปแบบ	60.07	4.73	ต่ำ	37.50	53.003	<0.001*
- หลังการพัฒนารูปแบบ	97.57	8.01	ปานกลาง			
คะแนนรวมพฤติกรรมการดูแลตนเอง						
- ก่อนการพัฒนารูปแบบ	64.03	4.92	ปานกลาง	20.93	19.992	<0.001*
- หลังการพัฒนารูปแบบ	84.97	3.69	ปานกลาง			
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก SBP (มิลลิเมตรปรอท)						
- ก่อนการพัฒนารูปแบบ	167.00	20.79		-31.70	-7.465	<0.001*
- หลังการพัฒนารูปแบบ	135.30	10.52				
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก DBP (มิลลิเมตรปรอท)						
- ก่อนการพัฒนารูปแบบ	99.70	14.90		-21.57	-6.990	<0.001*
- หลังการพัฒนารูปแบบ	78.13	9.13				

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < .05

3.4) ด้านความพึงพอใจ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจต่อการดูแลรูปแบบ “Chaiyo Home -CARE Model” โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 58.10 คะแนน จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน (คะแนนเฉลี่ยต่อข้อ 3.87) โดยด้านบุคลากรได้คะแนนสูงสุด ($\bar{x}$ = 20.00) รองลงมาด้านกระบวนการให้บริการ ($\bar{x}$ = 19.80) และด้านผลลัพธ์ที่ได้รับ ($\bar{x}$ = 18.30) ตามลำดับ ส่วนทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 25 คน มีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 60.93 คะแนน (คะแนนเฉลี่ยต่อข้อ 4.06) โดยด้านผลลัพธ์ได้คะแนนสูงสุด ($\bar{x}$ = 20.80) รองลงมาด้านรูปแบบการทำงาน ($\bar{x}$ = 20.13) และด้านการพัฒนาศักยภาพ ($\bar{x}$ = 20.00) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนารูปแบบ ผลการศึกษาสถานการณ์โดยการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย พบปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในระบบ Home Ward ทั้งด้านผู้ป่วยและครอบครัว ด้านกระบวนการดูแล ด้านระบบและทรัพยากร และด้านการประสานงานกับภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของถมญาณี โชติการณ์ และคณะ ที่พัฒนาระบบ Home Ward จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยพบปัญหาสำคัญเช่นเดียวกัน คือบุคลากรขาดความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ และระบบติดตามผู้ป่วยที่บ้านขาดคุณภาพ[13] ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ อริยสิทธิ์ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในทุกด้าน[14] และสอดคล้องกับ Sohrabi และคณะ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสัมพันธ์กับการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์[15] ความต้องการที่ทีมสหวิชาชีพระบุไว้ สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบที่มีประสิทธิผลต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานตั้งแต่ต้น สอดคล้องกับ วลัยรัตน์ สุวรรณหมัด และคณะ ที่พบว่าปัญหาหลักของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านคือบุคลากรไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่และผู้ป่วยขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง[13]

การพัฒนารูปแบบและผลการประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ “Chaiyo Home -CARE Model” ที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนหลัก ผ่านการประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญในระดับมากทุกด้าน สอดคล้องกับวลัยรัตน์ สุวรรณหมัด และคณะ ที่รูปแบบ 3SAP Home Ward Model ได้รับการประเมินคุณภาพในระดับสูงมาก สะท้อนว่ารูปแบบที่ ออกแบบอย่างเป็นระบบมีความเป็นไปได้สูงในการนำไปปฏิบัติจริง[13] ด้านที่ได้รับการประเมินสูงสุดคือ ด้านความเป็นประโยชน์ เนื่องจากรูปแบบมุ่งพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งสามมิติผ่านเทคนิค Teach-back และ Line OA สอดคล้องกับ Shao และคณะ ที่วิเคราะห์อภิมานพบว่าการแทรกแซงด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิผลสูงในโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยสำคัญคือเครื่องมือที่เหมาะสมและระยะเวลาเพียงพอ[15] ด้านความเป็นไปได้ได้คะแนนต่ำสุดแต่ยังอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการจัดหาทรัพยากรในระยะยาวยังต้องการการสนับสนุน สอดคล้องกับถมญาณี โชติการณ์ และคณะ ที่พบว่าการพัฒนาระบบ Home Ward ที่ประสบความสำเร็จต้องอาศัยการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ[13]

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังการใช้รูปแบบ “Chaiyo Home -CARE Model” ผู้ป่วยมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับ ปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสามมิติ สอดคล้องกับ Ebrahimi และคณะ ที่พบว่าการแทรกแซงด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีทำให้คะแนนความรอบรู้เพิ่มขึ้น[15] อย่างไรก็ตาม คะแนนยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่ง

อาจเนื่องมาจากระยะเวลาเข้าร่วมโครงการเฉลี่ยเพียงสองเดือนเศษ และลักษณะของ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุสูง การศึกษาระดับประถมศึกษา และทักษะการใช้โทรศัพท์ระดับปานกลาง สอดคล้องกับจิราภรณ์ อริยสิทธิ์ ที่พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ อายุ ระดับการศึกษา และ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพ[14] ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านการรับประทานยาดีขึ้นมากที่สุด การเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ประกอบกับการติดตามผ่าน Line OA ช่วยสร้างวินัยและความต่อเนื่อง สอดคล้องกับอินทรวง นาคทอง ที่พบว่าโปรแกรมการพยาบาลที่ผสานการดูแลที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน[13] และสอดคล้องกับ Mbuthia และคณะ ที่พบว่าการเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ดีขึ้น[15] ส่วนด้านการออกกำลังกายที่มีคะแนนลดลงและยังคงอยู่ในระดับต่ำ อาจอธิบายได้จากลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุมีโรคร่วม และการลดลงอาจสะท้อนความตระหนักรู้ที่เพิ่มขึ้นว่าพฤติกรรมของตนยังไม่ถึงเกณฑ์ที่ควรปฏิบัติ ด้านตัวชี้วัดทางคลินิก ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตทั้ง ซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละศูนย์เป็นมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับ Sadeghi และคณะ ที่พบว่าการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง[15] และสอดคล้องกับอินทรวง นาคทอง ที่พบผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นหลังใช้โปรแกรมการพยาบาล[13] ด้านความพึงพอใจ ทั้งผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยผู้ป่วยให้คะแนนสูงสุดกับด้านบุคลากรส่วนทีมงานให้คะแนนสูงสุดกับด้านผลลัพธ์โดยเฉพาะความภาคภูมิใจในงาน สะท้อนว่าการเห็นผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นเป็นแรงจูงใจสำคัญ สอดคล้องกับ วลัยรัตน์ สุวรรณหมัด และคณะ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพอยู่ในระดับมาก อันเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้รูปแบบการดูแลมีความยั่งยืน[13]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยศึกษาความพร้อมด้านบุคลากร เทคโนโลยี และลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยก่อนนำไปใช้ รวมถึงสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับตั้งแต่เริ่มต้น

2. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม โดยให้นักกายภาพบำบัดหรือผู้เชี่ยวชาญร่วมออกแบบท่าออกกำลังกายที่ปลอดภัยและปฏิบัติได้จริงในบ้าน

3. ควรจัดอบรมเสริมทักษะการใช้สมาร์ทโฟนและ Line OA แก่ผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวผู้ดูแล อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถรับสื่อความรู้และสื่อสารกับทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปแบบดิจิทัล เพื่อให้การติดตามผู้ป่วยมีความครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน

5. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรค เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลที่บ้านแบบบูรณาการ

6. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำรูปแบบไปใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed Methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรโรงพยาบาลไชโยและภาคีเครือข่าย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจ

คุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลไชโย นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2568 Feb 19]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

2.Leff B, Burton L, Mader SL, Naughton B, Burl J, Inouye SK, et al. Hospital at home: Feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. Ann Intern Med. 2005;143(11):798-808.

3.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.

4.กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2560-2569. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

5.สมพร จันทร์เพ็ญ, วิไลวรรณ ทองดี, สุภาพร ศรีสว่าง. ผลของการดูแลแบบ Home Ward ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565;23(2):45-54.

6.Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259-67.

7.McNaughton CD, Cawthon C, Kripalani S, Liu D, Storrow AB, Roumie CL. Health literacy and mortality: A cohort study of patients hospitalized for acute heart failure. J Am Heart Assoc. 2014;4(5):e001799.

8.Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

9.Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;51(3):390-5.

10.Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Kalra L, Wilson AD, et al. Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database Syst Rev. 2016;9:CD007491.

11.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงาน Home Ward. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

12.โรงพยาบาลไชโย. รายงานสรุปผลการดำเนินงาน Home Ward ประจำปีงบประมาณ 2566. อ่างทอง: โรงพยาบาลไชโย; 2566.

13.ถมญาณี โชติการณ์, ธีรศักดิ์ ภูจอมแจ้ และ วิภาวี เหล่าจตุรพิศ. (2567). การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(4), 654–665.

14.จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2566;20(3):117-23.

15.Sohrabi, M., Karami, M., Mirmoeini, R. S., & Cheraghi, Z. (2022). The relationship between health literacy and hypertension control: A cross-sectional study. Journal of Tehran Heart Center, 17(4), 243–248.

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

Development of Care Management Model for Pediatric Patients with attention deficit hyperactivity disorder at Sophisai Hospital, Bueng Kan Province.

(Received: March 23,2026 ; Revised: March 25,2026 ; Accepted: March 29,2026)

พัชราภรณ์ จันทร์ลุน[1]
Pacharaporn Junloon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยใช้วงจรการวิจัยของ ADDIE Model วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลเด็กสมาธิสั้น พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลดังกล่าว อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 5 กลุ่ม จำนวน 30 คนในการสนทนากลุ่ม และผู้ปกครองพร้อมเด็กจำนวน 86 คู่ในการศึกษาเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น แบบวัดทัศนคติ แบบวัดพฤติกรรมการดูแล แบบประเมินทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV และแบบประเมินความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบ CASETHING Model ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1) C-Community Understanding ชุมชนเข้าใจ 2) A-Age-bridging สะพานข้ามรุ่น 3) S-Surveillance System ระบบเฝ้าระวัง 4) E-Educational Partnership การเรียนรู้ร่วมกัน 5) T-Team Collaboration ทีมสหวิชาชีพ 6) H-Health Adherence สุขภาพนิยมยา 7) I-Integrated Follow-up การติดตามแบบบูรณาการ 8) N-Nurturing Environment พื้นที่เฉพาะ 9) G-Group Support กลุ่มสนับสนุน ผลการใช้รูปแบบพบว่า ความรู้ของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นจาก 7.39 ± 2.84 เป็น 13.73 ± 1.97 คะแนน ทัศนคติปรับปรุงจาก 51.07 ± 8.94 เป็น 59.64 ± 6.83 คะแนน พฤติกรรมการดูแลเพิ่มขึ้นจาก 29.88 ± 6.42 เป็น 37.28 ± 4.85 คะแนน ทักษะการดูแลเพิ่มขึ้นจาก 47.32 ± 6.84 เป็น 80.41 ± 7.23 คะแนน พฤติกรรมเด็กด้วย SNAP-IV ปรับปรุงจาก 58.39 ± 13.42 เป็น 33.62 ± 8.47 คะแนน และเปลี่ยนสถานะจากระดับต้องสงสัยเป็นระดับปกติทุกด้าน ความพึงพอใจของผู้ปกครองอยู่ในระดับมากที่สุด 4.55 ± 0.56 คะแนน การทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าตัวชี้วัดทุกด้านมีการปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: เด็กสมาธิสั้น, การพัฒนารูปแบบ, การดูแลแบบครอบครัวและชุมชน

Abstract

This research was Research & Development study using the ADDIE Model cycle. The objectives were to study the situation and problems in caring for children with ADHD, develop a care model for children with ADHD through family and community participation, and evaluate the effectiveness of this care model in Soi Phisai District, Bueng Kan Province. The sample consisted of 5 groups of stakeholders totaling 30 people for focus group discussions and 86 parent-child pairs for quantitative study. Research instruments included qualitative tools: focus group discussion guidelines; and quantitative tools: general information questionnaire, parental knowledge assessment for ADHD care, attitude scale, care behavior scale, ADHD care skills assessment, SNAP-IV behavioral assessment, and satisfaction evaluation. Statistical analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test for before-after comparisons.

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

Study found that developed CASETHING Model comprised 9 core components: 1) C-Community Understanding, 2) A-Age-bridging, 3) S-Surveillance System, 4) E-Educational Partnership, 5) T-Team Collaboration, 6) H-Health Adherence, 7) I-Integrated Follow-up, 8) N-Nurturing Environment, and 9) G-Group Support. Implementation results showed parental knowledge increased from 7.39 ± 2.84 to 13.73 ± 1.97 points, attitudes improved from 51.07 ± 8.94 to 59.64 ± 6.83 points, care behaviors increased from 29.88 ± 6.42 to 37.28 ± 4.85 points, care skills improved from 47.32 ± 6.84 to 80.41 ± 7.23 points, children's SNAP-IV scores improved from 58.39 ± 13.42 to 33.62 ± 8.47 points with status changing from "suspected" to "normal" in all domains, and parental satisfaction reached the highest level at 4.55 ± 0.56 points. Statistical testing revealed significant improvements in all indicators at the .05 level. The implementation of the CASETHING Model demonstrated success in integrating family and community participation, creating community understanding and acceptance of children with ADHD, and effectively improving care outcomes across all dimensions.

Keywords: Psychiatric patients with substance use disorders, Naga Protective Care model, community participatory care

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder - ADHD) เป็นความผิดปกติทางพัฒนาการของสมองที่มีผลกระทบต่อเด็กทั้งในด้านการเรียนรู้และพฤติกรรม โดยเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักจะมีลักษณะขาดสมาธิ วอกแวกง่าย อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และอาจแสดงพฤติกรรมดื้อหรือต่อต้านในบางราย[1] สถานการณ์ของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานของกรมสุขภาพจิตในปี 2566 พบว่าอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 5-8[2] จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ในปี 2566 มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคสมาธิสั้นในอัตรา 1:100,000 เท่ากับ 9.51 ซึ่งยังอยู่ระดับต่ำมาก และร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้มาตรฐาน เท่ากับ 14.59 ซึ่งต่ำกว่าแผนยุทธศาสตร์ระดับเขตสุขภาพที่ 8 อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ จากข้อมูลปี 2566 พบว่ามีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคสมาธิสั้นในอัตรา 1:100,000 เท่ากับ 8 และมีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 69.23[3] จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบระบบการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยใช้วงจรการวิจัยของ ADDIE Model ทำการศึกษาในระหว่าง เดือน มิถุนายน 2568 ถึง ธันวาคม 2568 รวมระยะเวลา 7 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย และผู้นำชุมชน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ปกครองและเด็กที่กำลังศึกษาอยู่ที่

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตอำเภอโซ่พิสัย จำนวน 466 คน

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 8 คน ผู้ปกครองของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น จำนวน 10 คน บุคลากรทางการศึกษา จำนวน 7 คน ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย จำนวน 3 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ปกครองและเด็กที่กำลังศึกษาอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตอำเภอโซ่พิสัย จำนวน 86 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด 4 ข้อ

เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 40 ข้อ แบบประเมินทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 20 ข้อ แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV จำนวน 26 ข้อ แบบวัดความรู้ผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 15 ข้อ แบบวัดทัศนคติในการดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 15 ข้อ พฤติกรรมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 15 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 10 ข้อ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 (เดือนแรก) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาในพื้นที่

ระยะที่ 2 (เดือนที่ 2-3) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในพื้นที่

ระยะที่ 3 (เดือนที่ 4-5) นำรูปแบบการดูแลไปใช้ ดำเนินการตามมาตรการ/กิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 4 (เดือนที่ 6-7) ติดตามประเมินผลและถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้ Paired t-test เปรียบเทียบก่อนหลัง

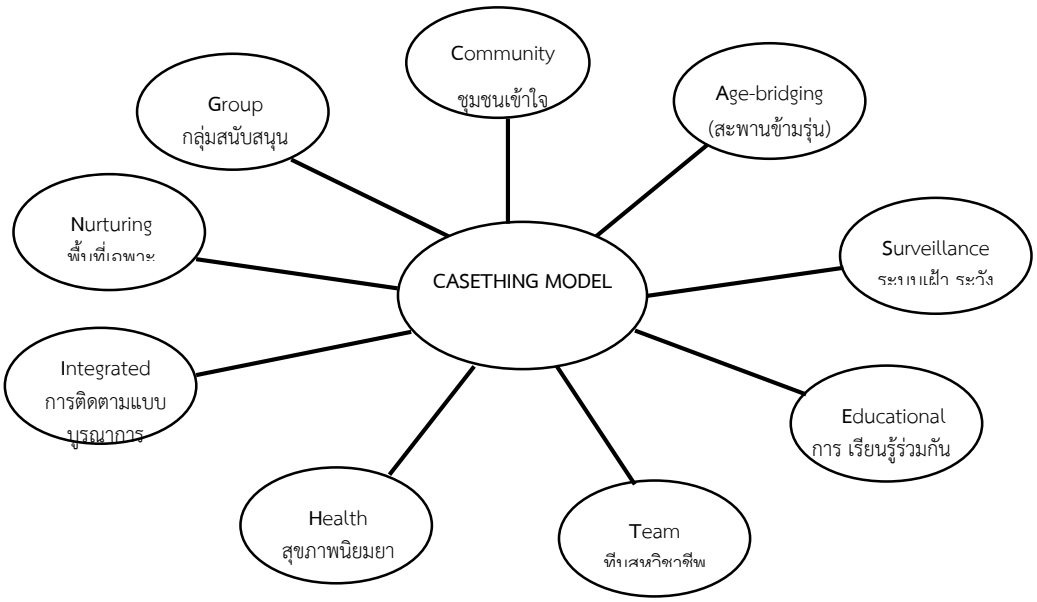
จริยธรรมการวิจัย

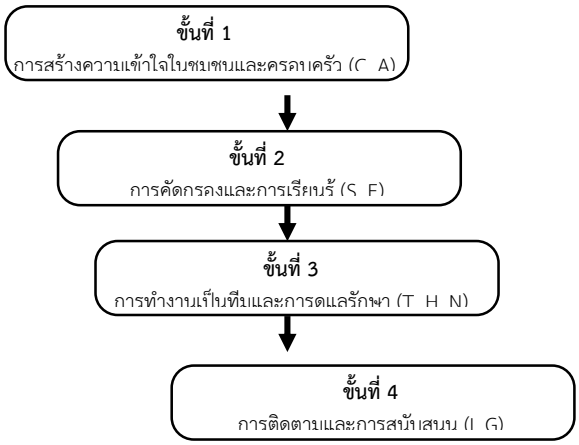
การวิจัยครั้งนี้ได้ขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารสุขจังหวัดบึงกาฬ โดยคำนึงถึงจริยธรรมทางการวิจัยในการศึกษาตลอดเวลาและให้ความสำคัญในทุกด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นส่วนตัว (privacy) ด้านการรักษาความลับ (confidentiality) และด้านการยินยอมพร้อมใจ (informed consent)

ผลการวิจัย

สถานการณ์ ปัญหา การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้น อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพจำนวน 30 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน ร้อยละ 70.00 ด้านกลุ่มอายุ ส่วนมากอยู่ในช่วง 31-40 ปี จำนวน 12 คน ร้อยละ 40.00 โดยมีอายุเฉลี่ย 39.47 ± 9.23 ปี ลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเด็กจำนวน 86 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 47 คน ร้อยละ 54.65 ด้านอายุมีค่าเฉลี่ย 3.2 ± 0.8 ปี กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองจำนวน 86 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 71 คน ร้อยละ 82.56 ด้านอายุมีค่าเฉลี่ย 42.8 ± 12.3 ปี การวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ พบปัญหาหลัก 8 ประเด็น ได้แก่ 1) การไม่ยอมรับของผู้ปกครองและชุมชน 2) ความขัดแย้งและการไม่เข้าใจข้ามรุ่น 3) ปัญหาการใช้ยาและการมาตามนัดไม่ต่อเนื่อง 4) การขาดเวลาและภาระงานของผู้ปกครอง 5) ปัญหาในระบบการให้บริการ 6) การขาดระบบสนับสนุนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 7) ปัญหาการประสานงานระหว่างโรงเรียนและครอบครัว 8) การขาดความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการดูแล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ได้พัฒนารูปแบบ CASETHING Model ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ C-Community Understanding ชุมชนเข้าใจ สร้างเครือข่าย "สมาธิสั้นใจเข้าใจ" จัดกิจกรรมให้ความรู้ในงานประเพณีท้องถิ่น A-Age-bridging สะพานข้ามรุ่น จัดอบรมพิเศษ "ปู่ย่าเก่ง เลี้ยงหลานแบบใหม่" สร้างคู่มือการดูแลภาษาง่าย S-Surveillance System ระบบเฝ้าระวัง สร้างเครือข่าย "อสม.เฝ้าสมาธิ" ฝึกการใช้เครื่องมือคัดกรอง E-Educational Partnership การเรียนรู้ร่วมกัน จัดตั้ง "โรงเรียนผู้ปกครองสมาธิดี" อบรมเดือนละ 2 ครั้ง T-Team Collaboration ทีมสหวิชาชีพ สร้าง "ทีมสมาธิดี" ใช้ Line Group สำหรับการสื่อสาร H-Health Adherence สุขภาพนิยมยา พัฒนาระบบ "ยาสมาธิปลอดภัย" ให้ความรู้เฉพาะเรื่องยา I-Integrated Follow-up การติดตามแบบบูรณาการ สร้างระบบ "สมาธิติดตาม" โดย อสม.เยี่ยมบ้านเดือนละครั้ง N-Nurturing Environment พื้นที่เฉพาะ จัดตั้ง "ห้องสมาธิดี" แยกจากผู้ป่วยทั่วไป G-Group Support กลุ่มสนับสนุน จัดตั้งกลุ่ม "พ่อแม่สมาธิดี" แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดังแสดงในภาพ 1





C - Community Understanding (ชุมชนเข้าใจ) A - Age-bridging (สะพานข้ามรุ่น)	S-Surveillance System (ระบบเฝ้า ระวัง) E - Educational Partnership (การ เรียนรู้ร่วมกัน)	T - Team Collaboration (ทีมสหวิชาชีพ) H - Health Adherence (สุขภาพนิยมยา) N - Nurturing Environment (พื้นที่เฉพาะ)	I - Integrated Follow-up (การติดตามแบบบูรณาการ) G - Group Support (กลุ่มสนับสนุน)

ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น ผลการพัฒนาพบว่า ความรู้ของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำ (Mean ± SD = 7.39±2.84) เป็นระดับสูง (Mean ± SD = 13.73±1.97) ทัศนคติปรับปรุงจากระดับปานกลาง (Mean ± SD = 51.07±8.94) เป็นระดับมาก (Mean ± SD = 59.64±6.83) พฤติกรรมการดูแลเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (Mean ± SD = 29.88±6.42) เป็นระดับมาก (Mean ± SD = 37.28±4.85) ทักษะการดูแลเพิ่มขึ้นจากระดับน้อย (Mean ± SD = 47.32±6.84) เป็นระดับมาก (Mean ± SD = 80.41±7.23) พฤติกรรมเด็กด้วย SNAP-IV ปรับปรุงจากระดับต้องสงสัย (Mean ± SD = 58.39±13.42) เป็นระดับปกติ (Mean ± SD = 33.62±8.47) ความพึงพอใจของผู้ปกครองอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean ± SD = 4.55±0.56) การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ตัวชี้วัดทุกด้านมีการปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ (n=86)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{d}$	t	95%CI	p-value
ความรู้							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	7.39	2.84	ต่ำ	6.34	18.52	5.67, 7.01	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	13.73	1.97	สูง				
ทัศนคติในการดูแลเด็กสมาธิสั้น							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	51.07	8.94	ปานกลาง	8.57	7.83	6.40, 10.74	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	59.64	6.83	มาก				
พฤติกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้น							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	29.88	6.42	ปานกลาง	7.40	9.15	5.81, 8.99	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	37.28	4.85	มาก				
ทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	47.32	6.84	น้อย	33.09	35.42	31.24, 34.94	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	80.41	7.23	มาก				

ตาราง 1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ (n=86)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{d}$	t	95%CI	p-value
พฤติกรรมเด็ก - ด้านขาดสมาธิ (SNAP-IV)							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	20.94	4.83	ต้องสงสัย	-9.08	-15.73	-10.22, -7.94	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	11.86	3.24	ปกติ				
พฤติกรรมเด็ก - ด้านซนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (SNAP-IV)							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	20.56	5.17	ต้องสงสัย	-9.64	-13.82	-11.01, -8.27	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	10.92	3.15	ปกติ				
พฤติกรรมเด็ก - ด้านดื้อต่อต้าน (SNAP-IV)							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	16.89	4.67	ต้องสงสัย	-6.05	-11.24	-7.11, -4.99	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	10.84	2.98	ปกติ				
คะแนนรวม SNAP-IV							
ก่อนพัฒนารูปแบบ	58.39	13.42	ต้องสงสัย	-24.77	-16.85	-27.67, -21.87	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบ	33.62	8.47	ปกติ				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์ปัญหารูปแบบเดิม การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เดิมไม่มีการควบคุมโรคล่วงหน้า ขาดกระบวนการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคในรูปแบบงานประจำ ขาดงบประมาณที่บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่น ขาดการกำหนดบทบาทการดูแล เนื่องจากภาคีเครือข่ายส่วนมากอยู่ในวัยผู้สูงอายุ มีการศึกษาในระดับปานกลาง ทำให้การควบคุมป้องกันโรคต้องอาศัยประสบการณ์และการบูรณาการร่วมกับทุกฝ่ายจึงประสบผลสำเร็จได้ การพัฒนารูปแบบ CASETHING Model ประกอบด้วย 9 มาตรการ เนื่องจากกระบวนการบูรณาการ และควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว มาตรการที่เข้มงวดจริงจัง ร่วมกับภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมช่วยให้ประสบความสำเร็จได้[4-6] ผลการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ในภาพรวมพบว่า ความรู้ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในแต่ละด้านช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและควบคุมป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมความรอบรู้ในภาคีเครือข่ายช่วยให้การดำเนินงานร่วมกันง่ายขึ้น และมีประสิทธิภาพมากกว่าเดิม[7] ผลประเมินความพึงพอใจภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า การทดสอบคะแนนความพึงพอใจภายหลังการพัฒนารูปแบบคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสร้างการมีส่วนร่วมเดิมมีความพึงพอใจเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว และการทำงานร่วมกันที่เป็นอัตโนมัติ ด้วยความเต็มใจจะช่วยให้งานราบรื่นไร้รอยต่อ[8]

ข้อเสนอแนะ

1. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนานโยบายการดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบบูรณาการที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยบรรจุแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นเข้าในยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพ

2. ควรจัดประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ปกครอง ครู ผู้นำชุมชน และ อสม. เพื่อศึกษาบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่น และปรับองค์ประกอบของรูปแบบ

CASETHING Model ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน

3. ควรศึกษาการขยายผลในบริบทที่หลากหลาย โดยนำรูปแบบ CASETHING Model ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทวัฒนธรรมแตกต่างกัน ควรมีการวิจัยและพัฒนาแอปพลิเคชัน "สมาธิติดตาม" ให้สมบูรณ์ขึ้น และควรมีการติดตามผลการใช้รูปแบบ CASETHING Model ในระยะยาว 2-3 ปี

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโซ่พิสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เจ้าหน้าที่และบุคลากรภาคีเครือข่ายอำเภอโซ่พิสัย และขอขอบคุณผู้ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม ให้ข้อมูลจนครบทำให้การศึกษาครั้งนี้มีความถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1.เกศริน อินเสมียน, อรพรรณ โยเหลา. การพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนประถมศึกษา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565;32(2):121-35.

2.กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์โรคสมาธิสั้นในประเทศไทย ประจำปี 2566. กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

3.สาธารณสุขบึงกาฬ. รายงานสถานการณ์โรคสมาธิสั้นจังหวัดบึงกาฬ ประจำปี 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2566.

4.ชาญวิทย์ พรนภดล, วินัดดา ปิยะศิลป์, จันทร์อาภา สุขทัพภ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2563;65(3):289-302.

5.มนทกานติ์ เชื่อมชิต, นันทวัน สุวรรณรูป, เบญจพร ตันตสูติ. ผลกระทบระยะยาวของโรคสมาธิสั้นต่อพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมของเด็กไทย. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2566;62(1):45-57.

6.วิมลรัตน์ ภูวราห์, วรัญญา เชื้อทอง. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2563;34(2):1-14.

7.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, นัฐพร ลำยงหอม, สุภาวดี นวลมณี. การพัฒนาระบบการดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในชุมชน: บทเรียนจากพื้นที่นำร่อง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(4):725-38.

8.Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

Development and Evaluation of the SMART–V CARE Model for Enhancing Village Health Volunteer Competencies in the Surveillance, Prevention, and Control of Non-Communicable Diseases in Nakhon Sawan Province, Thailand.

(Received: March 26,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

อนิรุธ จันทพาส[1] รจนา ศรีเล็ก[2] กฤษฎา เหล็กเพชร[3] ดวงใจ พุทธเษม[4]
Anirut Jantapas[1] Rojjana Srilek[2] Krissada Lekphet[3] Duangjai Puttasem[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ และ 2) ศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพัฒนารูปแบบ และระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 72 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย รูปแบบ SMART–V CARE Model แบบวัดความรู้ แบบประเมินสมรรถนะ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบ SMART–V CARE Model ประกอบด้วยการพัฒนาสมรรถนะ 5 ด้าน ได้แก่ การคัดกรองความรู้ทางการแพทย์ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสื่อสารผ่านเทคโนโลยี และการติดตามเยี่ยม ร่วมกับกลยุทธ์เชิงรุก V CARE หลังการใช้รูปแบบ คะแนนความรู้ของ อสม. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มจาก 72.4 เป็น 97.7 นอกจากนี้ ผลลัพธ์การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังควบคุมโรคผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด ได้แก่ ความครอบคลุมการคัดกรองร้อยละ 91.8 การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร้อยละ 84.9 และการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องร้อยละ 89.8

คำสำคัญ: สมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การเฝ้าระวัง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชุมชน

Abstract

This action research aimed to (1) develop a competency enhancement model for Village Health Volunteers (VHVs) in the surveillance, control, and prevention of non-communicable diseases (NCDs) in Nakhon Sawan Province, Thailand, and (2) evaluate the effectiveness of the developed model. The study was conducted in two phases: model development and evaluation. The sample consisted of 72 VHVs. Research instruments included the SMART–V CARE Model, knowledge assessment questionnaire, competency evaluation form, and satisfaction survey. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The SMART–V CARE Model comprised five competency domains: screening skills, medical knowledge, health literacy promotion, communication through technology, and home visit tracking, combined with proactive V CARE strategies. After implementation, VHVs' knowledge scores increased significantly ($p < .05$), and competencies in all five domains improved significantly ($p < .05$), with the total mean score rising from 72.4 to 97.7. Furthermore, community-based outcomes met all performance indicators, including screening coverage (91.8%), health literacy promotion (84.9%), and continuity of home visit follow-up (89.8%).

Keywords: Competency, Village Health Volunteers, Surveillance, Non-Communicable Diseases, Community

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุหะคีรี
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
[3] ดร. นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
[4] รองศาสตราจารย์ ดร. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพครู คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases: NCDs) คือ กลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค ไม่สามารถติดต่อได้ผ่านการสัมผัส คลุกคลี หรือ ติดต่อผ่านตัวนำโรค (พาหะ) หรือสารคัดหลั่งต่าง ๆ หากแต่เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ภายในร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากรูปแบบวิธีการใช้ชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอย่าง เหล้า บุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย อาหารหวานมันเค็มจัด และมีความเครียด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักจะค่อย ๆ มีอาการและรุนแรงขึ้นทีละน้อยหากไม่ได้มีการรักษาควบคุม ซึ่งโรคในกลุ่มโรค NCDs ที่มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular Diseases) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคอ้วนลงพุง (Obesity)[1]

โรคเบาหวาน เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญที่องค์การสหประชาติประกาศให้เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทุกประเทศทั่วโลกต้องร่วมมือดำเนินการควบคุมอย่างเข้มงวด คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี พ.ศ.2583 ซึ่งโรคเบาหวานที่ดูแลรักษาได้ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น โรคไต และการถูกตัดเท้าหรือขา ข้อมูลผลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พบความชุกของโรคเบาหวานอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จากร้อยละ 6.9 ในปี 2565 เพิ่มเป็นร้อยละ 8.8 ในปี 2566 โดยผู้หญิงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.8 ขณะที่ผู้ชายเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 7.8 และกลุ่มอายุ 60-69 ปี มีความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุด[2] สำหรับโรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อน ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า เป็นสาเหตุการตายทั่วโลก สูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมาจากปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือและไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งนำมาสู่ภาระโรคที่เพิ่มขึ้น จากรายงานองค์อนามัยโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อประมาณ 36 ล้านคน (ร้อยละ 63) โดยประมาณร้อยละ 44 เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี สำหรับประเทศไทยถึงแม้จะมีแผนงานที่ดำเนินการเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ คือ โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง แต่การจัดการโรคโรคไม่ติดต่อยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เปรียบเทียบปี พ.ศ. 2564 – 2567 เท่ากับร้อยละ 22.47, 23.45, 26.71 และ 27.73 ตามลำดับ[3]

จากการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อของจังหวัดนครสวรรค์ ได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากเดิมจังหวัดนครสวรรค์นำรูปแบบการดำเนินงานตามการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model : CCM) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ยังพบว่าแนวโน้มสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเป็นปัญหาของจังหวัด โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผลจากการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปี 2565-2567 พบกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเบาหวาน 34,813 คน, 29,395 คน, 25,568 คน ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงด้วยโรคความดันโลหิตสูง 5,708 คน, 5,526 คน, 5,986 คน ตามลำดับ โดยที่กลุ่มป่วยโรคเบาหวานมีจำนวน 63,144 คน, 66,609 คน, 69,151 คน ตามลำดับ กลุ่มป่วยความดันโลหิตสูง 152,490 คน, 156,860

คน, 160,998 คน ตามลำดับ[4] จากการนิเทศติดตามการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน ขาดทักษะในการอ่านออกเขียนได้ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนพบว่ายังมีความชุกของการสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 16.0 สัดส่วนของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.2 การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีมากในผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 31.3 พฤติกรรมการรับประทานพบว่ายังติดการรับประทานหวาน เค็ม รสจัด และร้อยละ 25.9 รับประทานยาแก้ปวดทุกวัน จากปัญหาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าประชาชนยังมีความรู้ไม่เพียงพอในการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพและขาดการเข้าถึงข้อมูลโรคและสุขภาพโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

ตามที่รัฐบาลได้นำการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลัก และกำหนดเป็นนโยบายสำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศ บนหลักการสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพตนเองและเพื่อนบ้าน ในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม.[5] เพื่อเป็นแกนนำด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน ชุมชน มาเป็นระยะเวลามากกว่า 30 ปี ด้วยมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมและสังคมโดยรวมได้อย่างยั่งยืน ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึก และศรัทธาไรการพัฒนาอันเป็นการแสดงให้เห็นถึงรูปธรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืนที่แท้จริง กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ทั้งภาวะวิกฤติและภาวะปกติ ในหลากหลายรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทของพื้นที่ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินนโยบายการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยการดำเนินการอบรมฟื้นฟูความรู้ อสม. โดยมุ่งหวังว่าหาก อสม. ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นกลไกหลักสำหรับสร้างสังคมใหม่ที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะในด้านการคัดกรองโรคไม่ติดต่อในชุมชน เนื่องจากปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ซึ่งส่งผลคุกคามต่อสุขภาพของประชาชน และการพัฒนาประเทศ

ที่ผ่านมาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดนครสวรรค์ ในด้านการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เป็นรูปแบบเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามการมอบหมายของเจ้าที่สาธารณสุข จากการนิเทศการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ตามสมรรถนะหลัก พบว่า ส่วนใหญ่ขาดความเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ขาดความมั่นใจในการแนะนำและส่งเสริมความรู้ให้กับประชาชน ส่งผลให้ประชาชนขาดความเชื่อถือในการให้บริการ และไม่ยอมรับ สาเหตุเกิดจาก อสม. ยังขาดทักษะ ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการป้องกัน ควบคุม และการคัดกรองเฝ้าระวังโรค นอกจากนี้การทำงาน ขาดการบันทึกที่ถูกต้อง และขาดหลักฐานการทำงาน การสื่อสารสารสนเทศยังไม่มีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สามารถดูแล และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของประชาชนในชุมชน ด้วยการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานและเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ จึงมีนโยบายที่จะพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (ความดันโลหิตสูง-เบาหวาน) ของ อสม. ตลอดจนพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยด้วยโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในชุมชน โดยมีเป้าหมายที่จะพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในทุกหมู่บ้านให้เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในชุมชน เพื่อนำไปถ่ายทอดความรู้ ให้บริการ และประสานงานกับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการเดือน กรกฎาคม 2568 เชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดย

1) ศึกษาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน พื้นที่ศึกษาคัดเลือกร้อยละ 30 จากอำเภอในจังหวัดนครสวรรค์ สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับสลากอำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่าง 5 อำเภอ คือ อำเภอบรรพตพิสัย, อำเภอพยุหะคีรี, อำเภอตาคลี, อำเภอเก้าเลี้ยว และอำเภอเมืองนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. คัดเลือกตามคุณสมบัติ เกณฑ์การคัดเข้า คือ มีประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 3 ปี ขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย และ ไม่สามารถปฏิบัติงานหรือเข้าร่วมวิจัยในพื้นที่ได้ โดยกำหนด Effect size เท่ากับ 0.50 อำนาจการทดสอบ (Power analysis-1-β) เท่ากับ 0.80 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (Level of significant-α) เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 72 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนครบตามจำนวน โดยให้ตอบแบบสอบถามความรู้ และสมรรถนะ 5 ด้าน

2) ศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โดยวิธีการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ตัวแทนหน่วยบริการสาธารณสุขอำเภอละ 1 คน จำนวน 15 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตัวแทนอำเภอละ 1 คน จำนวน 15 คน รวม 30 คน มีประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 3 ปี ขึ้นไป ใช้เวลาในการสนทนากกลุ่ม 90 นาที

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ดำเนินการเดือน สิงหาคม 2568 ทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล นักวิชาการสาธารณสุขอำเภอ รวม 10 คน บูรณาการจากแนวคิดการเรียนรู้เชิงพุทธิพิสัย การเรียนรู้จากประสบการณ์ การเรียนรู้เชิงสังคม การสะท้อนคิด และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และความสามารถในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ได้ผลลัพธ์เป็นรูปแบบ SMART -V CARE Model ประกอบด้วย สมรรถนะ 5 ด้าน การปฏิบัติเชิงรุก 5 กลยุทธ์ หลังจากพัฒนารูปแบบแล้ว ผู้วิจัยนำรูปแบบทั้งหมด ไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC= 0.90 ตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบและนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ดำเนินการระหว่างเดือน กันยายน-พฤศจิกายน 2568 เลือกพื้นที่ในการทดลอง

รูปแบบ คือ อำเภอตาคลี (ตาคลี, ช่องแค, จันเสน) เนื่องจากมีความเข้มแข็งของ อสม. ในพื้นที่ กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. คัดเลือกเจาะจงตามคุณสมบัติ อายุ 20 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 ปี ขึ้นไป จำนวน 30 คน กระบวนการพัฒนาสมรรถนะ SMART 5 ด้าน ประกอบด้วย วิธีการให้ความรู้โดยการบรรยาย สาธิตและสาธิตย้อนกลับ การฝึกทักษะจากการปฏิบัติจริง การสะท้อนคิดถึงการปฏิบัติงานและปรับปรุงขั้นตอนการทำงาน มีระยะเวลาในการประชุม 2 วัน จากนั้นให้ อสม. นำรูปแบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน V CARE 5 กลยุทธ์ เป็นผู้ใช้ในพื้นที่ ผู้วิจัยติดตามเยี่ยม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง จากนั้นกลุ่มตัวอย่างนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการนำรูปแบบไปใช้ปัญหาอุปสรรค เพื่อนำมาปรับปรุงตามวงรอบของการพัฒนา

ระยะที่ 2 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2568 - กุมภาพันธ์ 2569 พื้นที่ศึกษาและ อสม. กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกับระยะที่ 1 ที่ได้รับการประเมินความรู้ และสมรรถนะ 5 ด้าน ก่อนพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยชี้แจงรูปแบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน อสม ดำเนินการส่งเสริม Health Literacy เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงครอบครัว ชุมชนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน ผ่าน Application line ร่วมจัดกิจกรรมรณรงค์สุขภาพในชุมชน ติดตามเยี่ยมในชุมชน ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ประกอบด้วย 1) ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อของ อสม. 2) ระดับสมรรถนะ 5 ด้านของ อสม. 3) ความพึงพอใจต่อรูปแบบของ อสม.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน SMART -V CARE Model 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย **ชุดที่ 1** แบบวัดความรู้ เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือดตอบ ถูก กับไม่ถูก กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลระดับด้านความรู้ คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป = สูง คะแนนร้อยละ 60-79.99 = ปานกลาง คะแนน ต่ำกว่าร้อยละ 60 = ต่ำ ตรวจสอบเชิงเนื้อหา IOC จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ 1 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วย KR-20 (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.82 **ชุดที่ 2** แบบประเมินสมรรถนะ ประกอบด้วย 1. ด้านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2. ด้านการส่งเสริม Health Literacy เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงครอบครัว ชุมชน 3. ด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน 4. ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์สุขภาพในชุมชน 5. ด้านการติดตามเยี่ยมในชุมชน ด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย 1 หมายถึง น้อยที่สุด แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1-42.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (42.34-83.66 คะแนน) ระดับสูง (83.67-125 คะแนน) ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92 ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.90 **ชุดที่ 3** แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1-15 คะแนน) ระดับปานกลาง (16-25 คะแนน) ระดับสูง (26-30

คะแนน) ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.90 **ชุดที่ 4** ผลลัพธ์การเฝ้าระวังควบคุมโรค ประกอบด้วย ความครอบคลุมการคัดกรอง ความครอบคลุมการส่งเสริม HL จำนวนกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน ความครอบคลุมการติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง

การรวบรวมข้อมูล

1. ระยะศึกษาสถานการณ์รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (แบบสอบถามสมรรถนะ อสม.) และเชิงคุณภาพ (สนทนากลุ่มทีมสุขภาพและ อสม.) เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนพัฒนาสมรรถนะ

2. ระยะพัฒนารูปแบบและทดลองใช้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการพัฒนาสมรรถนะ SMART 5 ด้าน จำนวน 2 วัน นำรูปแบบ V CARE 5 กลยุทธ์ ไปใช้ในพื้นที่ โดยอสม. นำไปปฏิบัติจริง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง

3. ประเมินผลลัพท์ประกอบด้วย 1) ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อของ อสม. 2) ระดับสมรรถนะ 5 ด้านของ อสม. 3) ความพึงพอใจต่อรูปแบบของ อสม.

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้สมรรถนะก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ paired t-test กำหนด ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ $p < .05$ หลังการตรวจสอบการกระจายข้อมูลแบบโค้งปกติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครสวรรค์ รหัสโครงการ NSWPHOEC-023/68 เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ความรู้สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน พบว่า

1.1 ทีมสุขภาพให้ความเห็นว่าการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา มีการติดตามกลุ่มเสี่ยงและให้ความรู้ประชาชนอย่างต่อเนื่อง แต่พบปัญหาหลายด้านที่ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะของอสม. ข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วนและไม่ทันสมัย ทำให้การวางแผนเชิงรุกล่าช้า และบางครั้งการส่งต่อข้อมูลระหว่างอสม. กับเจ้าหน้าที่ตำบลไม่ต่อเนื่อง การใช้ช่องทางออนไลน์ เช่น Line ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลรวดเร็วขึ้นจริง แต่ประชาชนบางกลุ่มยังไม่เข้าใจเนื้อหา นอกจากนี้ อสม. ยังพบความยากลำบากในการนำความรู้ไปปฏิบัติ เนื่องจากขาดการฝึกอบรมทักษะเพิ่มเติม เช่น การสื่อสารการสร้างความรอบรู้ให้กับประชาชน ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของอสม. ข้อเสนอแนะคือควรจัดอบรมเพิ่มเติม และใช้วิธีการที่หลากหลายเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพต่อเนื่อง พร้อมสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและเครือข่ายสื่อสาร เพื่อให้การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

1.2 อสม. เห็นว่าการเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเป็นไปอย่างต่อเนื่อง แต่พบปัญหาหลักหลายประการที่ส่งผลต่อสมรรถนะของตนเอง การเข้าถึงบ้านผู้ป่วยบางพื้นที่มีระยะทางไกลและจำนวนอสม. ไม่เพียงพอ ทำให้การติดตามเยี่ยมไม่สม่ำเสมอ อสม. สามารถให้ความรู้และคำแนะนำด้านพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชน แต่บางคนยังขาดความรู้และทักษะเชิงปฏิบัติ เช่น การวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง การจัดกิจกรรมเชิงรุก และการใช้เทคโนโลยี ทำให้ประชาชนบางกลุ่มไม่ได้รับข้อมูลครบถ้วน การจัดกิจกรรมรณรงค์ทำได้ แต่ขาดอุปกรณ์และทรัพยากรสนับสนุน ปัญหาเหล่านี้

สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านสมรรถนะของอสม. ทั้งความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และการใช้เทคโนโลยี ข้อเสนอแนะคือควรมีการอบรมเสริมทักษะ เพิ่มเครื่องมือและแบบฟอร์มบันทึกมาตรฐาน และสนับสนุนระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลออนไลน์ เพื่อให้การเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชนมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. ผลการพัฒนารูปแบบ

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบ จากการทบทวนวรรณกรรม ผสมผสานตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (HBM, Health Promotion Model) ทฤษฎีระบบบริการสุขภาพ (CCM, Continuity of Care) ทฤษฎีการสื่อสารและสังคม (Communication, Social Support, Social Marketing) ทฤษฎีการบริหารจัดการ (PDCA, EBM) ได้รูปแบบ SMART -V CARE Model ประกอบด้วย SMART S = Skill & Screening (ทักษะคัดกรอง) M = Medical Knowledge (ความรู้) A = Awareness & Health Literacy (สร้างความรอบรู้) R = Relationship & Communication (LINE) (สื่อสาร) T = Tracking & Home Visit (ติดตาม) V CARE V = Vigilance (เฝ้าระวัง) C = Classification (จำแนกกลุ่ม) A = Awareness (สร้างความรอบรู้) R = Rally Campaign (รณรงค์) E = Evaluation (ติดตามประเมินผล) หลังจากได้รูปแบบพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยนำรูปแบบทั้งหมด ไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC= 0.87 ปรับปรุงรูปแบบเพื่อนำไปใช้ต่อไปในระยะที่ 3

3. การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ความรู้	N	Mean	SD.	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบ	72	6.24	4.8	-10.37	0.00*
หลังใช้รูปแบบ	72	9.19	4.7		

*P<0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. ก่อนและหลังการใช้รูปแบบแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ

ตารางที่ 2 แสดงสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (N=72)

	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.	
การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	70.8	6.5	101.4	6.2	0.00*
การส่งเสริม Health Literacy	71.2	6.8	98.7	6.6	0.00*
การแลกเปลี่ยนผ่าน Application line	69.5	7.6	99.6	6.8	0.00*
การจัดกิจกรรมรณรงค์สุขภาพ	73.0	6.3	94.3	6.1	0.00*
การติดตามเยี่ยม	72.9	6.7	112.4	6.4	0.00*
คะแนนรวม	72.4	6.8	97.7	6.2	0.00*

*P<0.05

จากตารางที่ 2 พบว่าสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์การเฝ้าระวังควบคุมโรคของ อสม.(N=72)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (%)	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ (%)
ความครอบคลุมการคัดกรอง	90	563 คน / 517 คน	91.8
ความครอบคลุมการส่งเสริม HL (Health Literacy)	80	563 คน / 478 คน	84.9
จำนวนกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน	1 ครั้ง	1 ครั้ง	100
ความครอบคลุมการติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง	85	382 คน / 343 คน	89.8

จากตารางที่ 3 พบว่าผลลัพธ์การเฝ้าระวังควบคุมโรคของ อสม.ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบ SMART–V CARE Model ในการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวังควบคุม และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบ อสม. มีความรู้และสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผลลัพธ์การดำเนินงานด้านความครอบคลุมการคัดกรอง การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) การรณรงค์ และการติดตามเยี่ยมผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

การที่คะแนนความรู้ของ อสม. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการพัฒนาที่ใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน ทั้งการบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง และการสะท้อนคิด มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) ที่ระบุว่าผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อมีการลงมือปฏิบัติและสะท้อนประสบการณ์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) และ Health Promotion Model ที่อธิบายว่าการเพิ่มความรู้และความตระหนักรู้จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศที่พบว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการสามารถเพิ่มความรู้ของ อสม. ได้อย่างมีนัยสำคัญ[6,7] และสอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศที่ระบุว่าการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยเพิ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ[8,9]

สมรรถนะของ อสม. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ได้แก่ การคัดกรอง การส่งเสริม Health Literacy การสื่อสารผ่าน Application Line การจัดกิจกรรมรณรงค์ และการติดตามเยี่ยม ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของรูปแบบที่เน้นการพัฒนาสมรรถนะเชิงปฏิบัติ (competency-based development) และสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) ที่เน้นบทบาทของการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ การสังเกต และการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม โดยเฉพาะการใช้ LINE เป็นเครื่องมือสื่อสารซึ่งช่วยเสริมการเรียนรู้และการสนับสนุนทางสังคม (social support) อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในประเทศ[10,] และต่างประเทศ เช่น Lehmann และ Sanders[11]รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า Community Health Workers ที่ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบจะมีสมรรถนะในการดูแลโรคเรื้อรังสูงขึ้น

ผลลัพธ์การเฝ้าระวังควบคุมโรคพบว่าผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด โดยเฉพาะความครอบคลุมการคัดกรอง (91.8%) การส่งเสริม Health Literacy (84.9%) และการติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง (89.8%) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบในการยกระดับระบบบริการสุขภาพระดับชุมชน ผลลัพธ์นี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎี Chronic Care Model (CCM) ที่เน้นการดูแลต่อเนื่อง (continuity of care) และการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมถึงแนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) ที่ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการและการมีส่วนร่วมของประชาชน

สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการและควบคุมโรคไม่ติดต่อ[7] และสอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศที่พบว่า CHWs สามารถเพิ่ม coverage และปรับปรุงผลลัพธ์สุขภาพได้[12,13]

เมื่อพิจารณาเชิงเปรียบเทียบ พบว่างานวิจัยนี้มีทั้งความเหมือนและความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา โดยความเหมือนคือการที่การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขส่งผลให้ความรู้และสมรรถนะเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่สอดคล้องกันในหลายบริบททั้งในและต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างที่สำคัญคือ งานวิจัยนี้สามารถลดช่องว่างระหว่าง “ความรู้กับการปฏิบัติ” (know–do gap) ได้อย่างชัดเจน กล่าวคือ ไม่เพียงเพิ่มความรู้ แต่ยังทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงระบบ เช่น ความครอบคลุมบริการที่สูง ซึ่งแตกต่างจากบางการศึกษาที่แม้มีความรู้สูงแต่การปฏิบัติยังจำกัด[14]นอกจากนี้ งานวิจัยนี้มีความโดดเด่นในการบูรณาการเทคโนโลยี (LINE) เข้ากับการดำเนินงานชุมชน ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารและการติดตามต่อเนื่อง ขณะที่หลายงานวิจัยในต่างประเทศยังพบข้อจำกัดด้านการใช้เทคโนโลยี[15] อีกทั้ง รูปแบบ SMART–V CARE Model ยังมีลักษณะเป็นนวัตกรรมเชิงระบบ (system-based innovation) ที่บูรณาการหลายองค์ประกอบ ได้แก่ การพัฒนาความรู้ (Medical Knowledge) การสร้างความรอบรู้ (Health Literacy) การสื่อสาร (Communication) การติดตาม (Tracking) และการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน (V CARE) ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ครอบคลุมทั้งระดับบุคคลและระบบบริการ แตกต่างจากงานวิจัยบางส่วนที่มุ่งเน้นเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง เช่น ความรู้ หรือผลลัพธ์ทางคลินิกเพียงอย่างเดียว

สรุป ผลการวิจัยนี้ยืนยันว่าการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ผ่านรูปแบบ SMART–V CARE Model ที่บูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ การเรียนรู้จากประสบการณ์ ระบบบริการสุขภาพ และเทคโนโลยี สามารถเพิ่มความรู้ สมรรถนะ และผลลัพธ์การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีศักยภาพในการขยายผลเชิงนโยบายเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสาธารณสุขควรนำรูปแบบ SMART–V CARE Model ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

2. ควรบูรณาการรูปแบบเข้ากับงานประจำของ อสม. โดยเฉพาะการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริม Health Literacy และการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง

3. ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี เช่น Application Line เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร ติดตาม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน

4. ผู้บริหารสาธารณสุขควรสนับสนุนทรัพยากร อุปกรณ์ และการอบรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานเกิดความยั่งยืน

5. ควรสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อร่วมขับเคลื่อนกิจกรรมรณรงค์และส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาด้วยรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองหรือการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2. ควรติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของสมรรถนะ อสม. และผลลัพธ์การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

3. ควรศึกษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพเชิงคลินิก เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต เพื่อสะท้อนผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยโดยตรง

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.(2567). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2567. อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2567.

2.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2565). คู่มือแนวทางการจัดบริการสถานีสุขภาพดิจิทัล (Digital health station) ในชุมชน. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.

3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์.(2567). สรุปผลการดำเนินงานโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปี 2565-2567. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์; 2567.

4.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2567.

5.เตือนใจ ปาประโคน.(2556). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต); 2556.

6.วิจิตร ศรีสุวรรณ, สมพร ใจดี.(2564). ผลของโปรแกรมอบรมเชิงปฏิบัติการต่อความรู้และสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2564;17(2):45–56.

7.สุภาวดี พงษ์ศรี, อนันต์ บุญเกิด.(2563). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(3):389–401.

8.Kolb DA.(1984). Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1984.

9.Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors.(2015). Health behavior: Theory, research, and practice. 5th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2015.

10.นฤมล แก้วคำ, ประเสริฐ ทองสุข.(2565). ผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดตามดูแลสุขภาพในชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2565;36(1):78–90.

11.Lehmann U, Sanders D.(2007). Community health workers: What do we know about them? Geneva: WHO; 2007.

12.Olaniran A, Smith H, Unkels R, Bar-Zeev S, van den Broek N.(2017). Who is a community health worker? – a systematic review of definitions. Glob Health Action. 2017;10(1):1272223.

13.Rowe AK, Rowe SY, Peters DH, Holloway KA, Ross-Degnan D.(2018). The effectiveness of strategies to improve health care provider performance in low- and middle-income countries: a systematic review. Lancet Glob Health. 2018;6(11):e1163–75.

14.Perry HB, Zulliger R, Rogers MM.(2014). Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview. Annu Rev Public Health. 2014;35:399–421.

15.Olaniran A, Smith H, Unkels R, Bar-Zeev S, van den Broek N.(2017). Who is a community health worker? – a systematic review of definitions. Glob Health Action. 2017;10(1):1272223.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านหมี่

Development of a Nursing Care Model for Women with Hypertensive Disorder in Pregnancy, BanMi Hospital.

(Received: March 26,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

รังสิมา ศรีสุพรรณ[1] มณีกานต์ บัวนวล[2]
Rangsima Srisupan[1] Maneekarn Buanual[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านหมี่ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 3) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามรูปแบบดังกล่าว การวิจัยกึ่งทดลองนี้ดำเนินการระหว่างสิงหาคม 2568 ถึงกุมภาพันธ์ 2569 แบ่งเป็น 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ 15 คน ประเมินความเป็นไปได้ ความสามารถการปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจ และผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัย: ความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (คะแนนรวมก่อนใช้ 16.5 ± 2.3, หลังใช้ 23.8 ± 1.5, $p<0.05$) ความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบสูง (mean = 4.43, SD = 0.95) ความพึงพอใจของพยาบาล (mean = 4.21, SD = 0.67) และหญิงตั้งครรภ์ (mean = 4.39, SD = 0.41) อยู่ในระดับมาก ผลลัพธ์ทางคลินิกพบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง 1 ราย (6.67%), ตกเลือดหลังคลอด 1 ราย (6.67%), ไม่มีการเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน และไม่มีภาวะพิษจากแมกนีเซียมซัลเฟต

คำสำคัญ: การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์, ความดันโลหิตสูง, รูปแบบการพยาบาล, คุณภาพการดูแล, สมรรถนะพยาบาล

Abstract

Objectives: 1) To investigate the current situation of care for pregnant women with hypertension at Ban Mi Hospital; 2) To develop a nursing care model for pregnant women with hypertension; 3) To evaluate the outcomes of implementing the developed nursing care model. This quasi experiment research was conducted from August 2025 to February 2026 in three phases. Sample size were 15 pregnant women to assess feasibility, nursing performance, satisfaction, and clinical outcomes. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

Results: Nursing performance improved significantly after implementation (total score: pre = 16.5 ± 2.3, post = 23.8 ± 1.5, $p<0.05$). The feasibility of the model was high (mean = 4.43, SD = 0.95). Nurse satisfaction (mean = 4.21, SD = 0.67) and pregnant women's satisfaction (mean = 4.39, SD = 0.41) were both high. Clinical outcomes included 1 case of severe complications (6.67%) and 1 case of postpartum hemorrhage (6.67%); there were no unplanned ICU admissions or magnesium sulfate toxicity.

Keywords: Pregnant women nursing; Hypertension; Nursing care model; Quality of care; Nursing competency

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก มีผลกระทบรุนแรงต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ จากอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มากกว่าร้อยละ 10 ของการตั้งครรภ์[1] อุบัติการณ์การเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกถึงร้อยละ 14 รองจากการตก

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านหมี่
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านหมี่

เลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ ในสหรัฐอเมริกา พบว่าในระหว่างปี ค.ศ. 2017-2019 มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.3 เป็นร้อยละ 15.9 นอกจากนั้นยังพบว่ามีการเสียชีวิตในระหว่างมารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 31.6 ส่วนประเทศไทยพบว่าภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของหญิงตั้งครรภ์ในปีพ.ศ. 2563 พบอัตราการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์เท่ากับ 20.35 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน สูงกว่าเป้าหมายที่ไม่ควรเกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน และคิดเป็นร้อยละ 23 ของการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด และ พบอัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิดเท่ากับ 3.9 ส่วนในปีพ.ศ. 2564 พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและหลังคลอดจากภาวะความดันโลหิตสูงเท่ากับ 3.2 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบอัตรามารดาตายจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ปี 2562-2564 ร้อยละ 11.71, 11.02 และ 9.19 ในเขตสุขภาพที่ 4 พบร้อยละ 20, 33.33 และ 11.11[2] สาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์โดยเฉพาะภาวะครรภ์เป็นพิษ ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากการพัฒนาการของรกที่ผิดปกติ[3] และปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์พบว่าเกิดจาก อายุ ลำดับของการตั้งครรภ์ การพักผ่อน ความเครียด การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว โรคทางอายุรกรรม ประวัติครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง[4] เป็นต้น

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ โดยส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย รวมถึงอวัยวะสำคัญ ได้แก่ หัวใจ ตับ และไต และยังพบว่ามักเกิดร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าเมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ปกติ[5] นอกจากนี้ยังเพิ่มความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติอีกด้วย ส่วนทารกในครรภ์มีโอกาสแท้ง ตายคลอด เจริญเติบโตช้า และคลอดก่อนกำหนดได้บ่อยขึ้น และยังส่งผลทำให้เพิ่มอัตราตายของมารดาและทารกปริกำเนิด เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงทำให้มีการหดรัดตัวและเกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดบริเวณรก ทำให้หลอดเลือดเกิดการตีบตัน ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านรกและมดลูกน้อยลง ประกอบกับมีการแตกทำลายของเม็ดเลือด มีการจับตัวของเกล็ดเลือดทำให้เกิดการตายของเนื้อรก ส่งผลให้ทารกเกิดภาวะเติบโตช้าในครรภ์และมีภาวะที่รกขาดเลือดไปเลี้ยง (placental ischemia) ทำให้รกลอกตัวก่อนกำหนด ส่งผลทำให้ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนและเสียชีวิตได้[6] นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกตายในครรภ์ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยจะเพิ่มอัตราการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ทารกที่คลอดก่อนกำหนดจะมีการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานของปอดไม่สมบูรณ์ จึงมีผลทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน ทารกแรกคลอดจึงมีค่าคะแนน APGAR ต่ำ นอกจากนี้ถ้าไม่สามารถรักษาได้ทันท่วงทีจะทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ซึ่งส่งผลกระทบด้านจิตใจต่อหญิงตั้งครรภ์ในกรณีที่มีการสูญเสียบุตร[7]

โรงพยาบาลบ้านหมี่ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป (M1) ขนาด 258 เตียงที่รับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นลูกข่ายจำนวน 4 แห่ง และผู้ป่วยในเขตอำเภอติดต่อของจังหวัดนครสวรรค์ ได้แก่ อำเภอตาคลี อำเภอจันเสน และในเขตอำเภอติดต่อของจังหวัดเพชรบูรณ์ ได้แก่อำเภอศรีเทพ ที่ผ่านมาได้ดำเนินการป้องกันและจัดทำแนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ใช้เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาลในปี 2563 ซึ่งจากการเก็บข้อมูลล่าสุด ในปี พ.ศ. 2565-

2567 มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการจำนวน 1,300 คน, 1,635 คน และ 1,846 คน ตามลำดับ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคลอดที่แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านหมี่จำนวน 650 คน, 637 คน และ 623 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จำนวน 43 คน (ร้อยละ 6.61), 34 คน (ร้อยละ 5.34) และ 30 คน (ร้อยละ 4.81) ตามลำดับ จำนวนทารกคลอดเสียชีวิตจำนวน 5 คน (ร้อยละ 0.77), 4 คน (ร้อยละ 0.63) และ 1 คน (ร้อยละ 0.16) ตามลำดับ[8] จากการนิเทศงาน พบว่า การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ไม่ครอบคลุม ทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยภาวะดังกล่าว และขาดเครื่องมือในการประเมินเฝ้าระวังและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ภาวะวิกฤตและมีอาการรุนแรงขึ้นในขณะรอคลอดและขณะคลอด ด้านสมรรถนะพยาบาล ยังไม่มีการกำหนดประเด็นพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้านของพยาบาลผู้ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ด้านระบบบริการพยาบาล ยังเป็นแบบแยกส่วนทั้งในระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด การดูแลยังขาดรูปแบบที่เป็นระบบและต่อเนื่อง ขาดการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และระบบการนิเทศทางคลินิกยังไม่ครอบคลุมการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของมารดาและทารก

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาโดยใช้หลักการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) พบว่า รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ควรประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองและวางแผนให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ 2) ด้านระบบบริการพยาบาล จำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูลและมีเป้าหมายเดียวกันตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และ ระยะหลังคลอด 3) การพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกเฉพาะสาขา โดยประยุกต์ใช้สมรรถนะหลักผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ร่วมกับสมรรถนะสำหรับพยาบาลห้องคลอดจะช่วยให้พยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4) การนิเทศทางคลินิกจะช่วยให้การพัฒนาความรู้และทักษะ การปฏิบัติการพยาบาล และนำไปสู่ผลลัพธ์การให้บริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ จึงควรมีการพัฒนาแนวทางสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice: EBP) ที่ผ่านการพิสูจน์ทางการวิจัยมาแล้วว่าได้ผลดี หรือผ่านการทดลองในการปฏิบัติมาแล้วว่าได้ผลดีจริง จึงน่านำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการพยาบาลที่ทันสมัย ส่งผลดีต่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลจึงเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญ และมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาต้องให้บริการที่รวดเร็วถูกต้อง เฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย การประยุกต์ใช้ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ในการวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม เป็นการเพิ่มผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีที่สุด[9]

ดังนั้น ในบทบาทหัวหน้าพยาบาลจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ โดยการประยุกต์ใช้ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในด้านต่างๆ โดยคาดหวังว่ารูปแบบการพยาบาลนี้จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดัน

โลหิตสูง และเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลและคุณภาพการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านหมี่
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านหมี่
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านหมี่

วิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านหมี่ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2568 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2569 โดยมีการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน (เดือนสิงหาคม 2568) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) การทบทวนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จากเวชระเบียน 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง สืบค้นจากเวชระเบียน ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 จำนวนทั้งหมด 50 คน 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 8 คน โดยมีประสบการณ์ทำงานในกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม อย่างน้อย 2 ปี รวบรวมข้อมูลจาก แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แบบสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาล

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (เดือนกันยายน – พฤศจิกายน 2568) ทีมพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย หัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ 1 คน หัวหน้าห้องคลอด 1 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านสูติ-นรีเวชกรรม 1 คน พัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ[11] กำหนดรูปแบบการพยาบาลโดยมีการประชุมร่วมกันระหว่างทีมผู้พัฒนา โดยรวบรวมข้อสรุปจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการคัดเลือกและประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วร่วมกันยกร่างรูปแบบการพยาบาล ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด 2) สมรรถนะพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 3) แนวทางการนิเทศทางคลินิก 5) นำรูปแบบการพยาบาลทั้งหมด ไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) = 0.84 และตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบบริการการพยาบาล โดยใช้ AGREE II =0.82 นำรูปแบบการพยาบาลสู่การปฏิบัติ (Evidence-observed phase) โดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้เพื่อศึกษานำร่อง (version 1) **ครั้งที่ 1** (เดือนตุลาคม 2568) ให้พยาบาลวิชาชีพใช้กับผู้ป่วยจำนวน 3 คน สอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบการพยาบาล และปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลตามข้อเสนอแนะ ด้วยวิธีดำเนินการวิจัยของการวิจัยและพัฒนา (version 2) **ครั้งที่ 2** (เดือนพฤศจิกายน 2568) ให้พยาบาลวิชาชีพใช้กับผู้ป่วยจำนวน 5 คน สอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบบริการพยาบาล และปรับปรุงรูปแบบบริการพยาบาลตามข้อเสนอแนะ ด้วยวิธีดำเนินการวิจัยของการวิจัยและพัฒนา (version 3) นำรูปแบบการพยาบาลฉบับสมบูรณ์ ไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านอีกครั้ง ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) = 0.87 และตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบบริการการพยาบาล โดยใช้ AGREE II =0.90

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (ธันวาคม 2568-กุมภาพันธ์ 2569) โดยนำรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไปใช้จริง จากนั้นประเมินผลลัพธ์ 1. ความคิดเห็นความเป็นไปได้ 2. ความสามารถการปฏิบัติการพยาบาล 3. ความพึงพอใจพยาบาล 4. ความพึงพอใจของผู้ป่วย 5. ผลลัพธ์การพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม จำนวน 30 คน

2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีฝากครรภ์และมาคลอดระหว่างเดือน ธันวาคม 2568-กุมภาพันธ์ 2569

กลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ 1. อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป วินิจฉัยมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 2. เข้ารับบริการฝากครรภ์ และคลอดในแผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านหมี่ 3. เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดีพูดคุยสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) ได้จากการคำนวณค่า effect size เท่ากับ 0.50 (ขนาดกลาง) อำนาจการทดสอบ (Power analysis-1-β) เท่ากับ 0.93 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significant- α) เท่ากับ 0.05 นำมาเข้า G*program ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบการพยาบาล ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด จำนวน 6 ข้อ และแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่างๆ (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.51 -5.00 ความเป็นไปได้มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51 -4.50 ความเป็นไปได้มาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 -3.50 ความเป็นไปได้ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51 –2.50 ความเป็นไปได้น้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.50 ความเป็นไปได้น้อยที่สุด ค่า IOC เท่ากับ 0.90 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลวิชาชีพลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.89

2. แบบประเมินความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาล ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 3 สเกล คือ ปฏิบัติได้ปานกลางให้คะแนน = 1 ปฏิบัติได้ดีให้คะแนน = 2 ปฏิบัติได้ดีมากให้คะแนน = 3 ตรวจสอบค่า IOC เท่ากับ 0.98 และทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.87

3. แบบสอบถามความพึงพอใจพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ และแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่างๆ (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.51 -5.00 ความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51 -4.50 ความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 -3.50 ความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 ความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.50 ความพึงพอใจน้อยที่สุด ตรวจสอบค่า IOC เท่ากับ 0.89 และทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.91

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อรูปแบบการพยาบาล ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด จำนวน 7 ข้อ และแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่างๆ (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51 -5.00 ความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51 -4.50 ความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 -3.50 ความพึง

พอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51 –2.50 ความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.50 ความพึงพอใจน้อยที่สุด ตรวจสอบค่า IOC เท่ากับ 0.87 และทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.91

5. แบบบันทึกผลลัพธ์การใช้รูปแบบผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามเกณฑ์ตัวชี้วัดสำคัญด้านการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ 2) ข้อมูลการตั้งครรภ์และทางคลินิก 3) ข้อมูลการคลอด 4) ผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง การเกิดพิษจากยาแมกนีเซียม การเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้ทักษะ และสมรรถนะการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ขั้นตอนการดำเนินการจำนวน 1 วัน โดยกำหนดวัน เวลา และสถานที่สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประเมินความสามารถการพยาบาลกับพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

3. หลังสิ้นสุดการวิจัย ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล และความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test หลังตรวจสอบการกระจายข้อมูลปกติ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลลัพธ์จากการศึกษาสถานการณ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการ ขาดการวางแผนการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง ขาดการส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชน หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมรับประทานอาหารเค็ม เช่น ปลาเค็ม รับประทานอาหารแปรรูป ชอบทานขนม น้ำหนักขึ้นในไตรมาสที่ 3 เกิน 2 กิโลกรัม/สัปดาห์ ส่วนหนึ่งไม่ได้มาฝากครรภ์ตามนัด จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ พบว่า ในคลินิกฝากครรภ์ การคัดกรองความเสี่ยงใช้แบบคัดกรองตามสมุดฝากครรภ์มีข้อจำกัดในการนำมาใช้ประเมินความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ไม่ได้แยกการดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ออกอย่างชัดเจน ไม่มีการประเมินพฤติกรรมและความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ การให้ข้อมูลความรู้เป็นแบบทางเดียว ขาดการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่ครอบคลุม ในห้องคลอด มีทางด่วนเข้าห้องคลอดทันทีสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะวิกฤติ และมีระบบปรึกษาสูติแพทย์ตลอด 24 ชั่วโมงตามเวร แต่การจัดบริการในหน่วยงานยังไม่เป็นลำดับขั้นตอน จากการประเมินสมรรถนะพยาบาล พบว่า ไม่มีการกำหนดสมรรถนะเฉพาะสำหรับพยาบาลที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พยาบาลจบใหม่ไม่มีประสบการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดัน

โลหิตสูง ไม่มีรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมการป้องกันภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

2. ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด 2) สมรรถนะพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 3) แนวทางการนิเทศทางคลินิก

1) แนวปฏิบัติการพยาบาลระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด โดยการพยาบาลในระยะฝากครรภ์ ประกอบด้วยการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง และการพยาบาลตามระดับความเสี่ยง 2 ระดับ คือ ความเสี่ยงต่ำ และความเสี่ยงสูง การพยาบาลในระยะคลอด ประกอบด้วย การประเมินหญิงตั้งครรภ์ด้วยแบบประเมินตาม CPG ระยะ latent phase ระยะ active phase และการจัดการทางการพยาบาลตามระดับความรุนแรง 3 ระดับ คือ รุนแรงต่ำ รุนแรงสูง และรุนแรงสูงมาก การพยาบาลในระยะหลังคลอด ประกอบด้วยการใช้แบบประเมินตาม CPG อย่างต่อเนื่อง และการจัดการพยาบาลในระยะหลังคลอด ตามระดับความรุนแรงและการวางแผนจำหน่าย

2) สมรรถนะพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้กำหนดสมรรถนะพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงประกอบด้วย 10 สมรรถนะ คือ 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 2) การตรวจประเมินภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 3) การประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางสูติกรรม 4) การพยาบาลภาวะฉุกเฉิน 5) การให้ข้อมูลและคำแนะนำ 6) การบรรเทาอาการรบกวน 7) การบริหารยา 8) การเตรียมการคลอด 9) การพยาบาลหลังคลอด และ 10) การบันทึกทางการพยาบาล โดยกำหนดการประเมินทุก 3 เดือน และเสริมสมรรถนะโดยให้ความรู้ระบบพี่เลี้ยง และจัดประชุมในกลุ่มงาน

3) แนวทางการนิเทศทางคลินิก โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวช กิจกรรมการนิเทศประกอบด้วย 1) การสอน แนะพยาบาลรายบุคคลในขณะปฏิบัติงาน 2) การให้คำปรึกษาพยาบาลรายบุคคลขณะปฏิบัติงาน ระหว่าง การรับส่งเวรหรือระหว่างการตรวจเยี่ยม 3) การประชุม ปรึกษาการพยาบาลในช่วงเช้าก่อนการปฏิบัติงาน 4) การตรวจเยี่ยมทางการพยาบาลเพื่อติดตามการปฏิบัติตามแนวทางและการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ 5) การสังเกตการปฏิบัติ 6) การร่วมมือปฏิบัติงานที่ครอบคลุมการพยาบาลในระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

3. ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

1) ความคิดเห็นความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า โดยรวมมีความเป็นไปได้สูง (mean =4.43, SD= 0.95) ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า มีความชัดเจนของเนื้อหา (mean =4.21, SD= 0.98) มีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้จริง (mean =4.32, SD= 0.84)

2) ความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลตามสมรรถนะที่กำหนด พบว่า ด้านทักษะในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า ในภาพรวมพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดได้ถูกต้อง ร้อยละ 95.24 โดยทักษะการพยาบาลในระยะคลอด พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้มากที่สุด ร้อยละ 95.67 เมื่อพิจารณาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 10 สมรรถนะ พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติมีทักษะผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 80 ทั้ง 10 สมรรถนะ และมีความสามารถในการปฏิบัติได้ครบถ้วนร้อยละ 100 จำนวน 4 สมรรถนะ คือ การตรวจประเมิน

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การพยาบาลภาวะฉุกเฉินของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การเตรียมการคลอดหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และการดูแลหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$)

3) ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 4.21, SD = 0.67) โดยด้านที่พยาบาลวิชาชีพมี ความพึงพอใจพึงในระดับมากที่สุด คือ ด้านความพึงพอใจต่อการช่วยทำให้ผู้คลอดปลอดภัยมากขึ้น (mean= 4.53, SD= 0.56)

4) ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean= 4.39, SD= 0.41) โดยด้านที่หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คือ การช่วยทำให้ผู้คลอดปลอดภัย (mean= 4.62, SD= 0.49)

5) ผลลัพธ์การพยาบาล พบว่า จากจำนวนหญิงตั้งครรภ์ 15 คน พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะวิกฤต ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 6.67) ตกเลือดหลังคลอดจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 6.67)ไม่พบการย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน และไม่พบอาการเป็นพิษจากแมกนีเซียมซัลเฟต พบเพียงผลข้างเคียงระดับไม่รุนแรงโดยมีอาการคลื่นไส้ท้องเสียจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 13.33)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงสำหรับบริบทของโรงพยาบาลบ้านหมี่ สามารถยกระดับคุณภาพการดูแล การปฏิบัติพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิกได้อย่างมีนัยสำคัญตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่กำหนดไว้ จากการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ยังขาดความครอบคลุมและเป็นระบบในทุกระยะของการให้บริการ ทั้งในช่วงฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยการประเมินความเสี่ยงยังไม่แยกเฉพาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การติดตามต่อเนื่องยังไม่ชัดเจน และการนิเทศทางคลินิกยังไม่ครอบคลุมตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Koehn และ Lehman ที่ระบุว่าการขาดระบบสนับสนุนและแบบแผนมาตรฐานส่งผลให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติการตามแนวทางที่พิสูจน์แล้วได้อย่างมีประสิทธิภาพ[10] และยังสอดคล้องกับรายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขไทยที่ชี้ว่าการเสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ยังอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับเป้าหมายทางสาธารณสุข[11]

ผลลัพธ์ในส่วนของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่จัดทำขึ้นมีความครบถ้วนทั้งด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลที่ให้การดูแลและแนวทางการนิเทศทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง การกำหนด 10 สมรรถนะหลักของพยาบาล เช่น การประเมินความเสี่ยง การตรวจประเมิน การพยาบาลภาวะฉุกเฉิน และการให้ข้อมูลคำแนะนำ พร้อมกับการสร้างระบบนิเทศทางคลินิกอย่างชัดเจน ส่งผลให้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้อย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลตามหลัก EBP ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลแบบองค์รวมที่ Osman และคณะระบุว่าการออกแบบระบบการดูแลที่เป็นมาตรฐานและมีความเชื่อมโยงของข้อมูลตลอดทั้งระบบช่วยเพิ่มประสิทธิผลและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง[12]

เมื่อทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลจริง พบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกสมรรถนะ ค่าเฉลี่ยรวมเพิ่มจาก

16.5 เป็น 23.8 ($p<0.05$) ซึ่งสะท้อนว่าการจัดระบบฝึกอบรมและแนวทางนิเทศทางคลินิกช่วยให้พยาบาลทำงานได้อย่างถูกต้องและมั่นใจยิ่งขึ้น ผลนี้สอดคล้องกับรายงานของ Chien ที่ระบุว่าการศึกษาต่อเนื่องและสนับสนุนการปฏิบัติด้วยหลักฐานช่วยเพิ่มความเชี่ยวชาญของพยาบาล[13] และงานศึกษาของ Naz และคณะที่พบว่าการนำ EBP ไปใช้ในการปฏิบัติจริงช่วยเพิ่มความสามารถของบุคลากรและลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย[14]

ความพึงพอใจทั้งของพยาบาลวิชาชีพและหญิงตั้งครรภ์ต่อรูปแบบการพยาบาลอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะความพึงพอใจของพยาบาลต่อการช่วยให้ผู้คลอดปลอดภัย และความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อการได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยอยู่ในระดับสูงที่สุด เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Smith และคณะที่รายงานว่าการดูแลแบบองค์รวมและเป็นระบบช่วยเพิ่มความพึงพอใจและลดความวิตกกังวลในระหว่างการคลอด[15] ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าจากหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง 15 คน ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและการตกเลือดหลังคลอดอยู่ในระดับต่ำ และไม่มีกรณีเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนหรืออาการเป็นพิษจากแมกนีเซียมซัลเฟตรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Jim และ Karumanchi ที่ชี้ว่าการดูแลเชิงป้องกันและระบบคัดกรองความเสี่ยงที่ดีสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญ[16]

จุดเด่นของรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นอยู่ที่การนำข้อมูลเชิงประจักษ์มาประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลบ้านหมี่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปในพื้นที่ชนบท โดยคำนึงถึงทรัพยากร บุคลากร และความต้องการของชุมชน ทำให้เป็นรูปแบบที่มีมาตรฐานตามหลักวิชาการและใช้งานได้จริง การกำหนดสมรรถนะพยาบาลและแนวทางนิเทศทางคลินิกยังช่วยกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แตกต่างจากรูปแบบทั่วไปที่มักเน้นเพียงการให้คำแนะนำทันทีโดยไม่เชื่อมโยงกับระบบนิเทศ จากมุมมองของระบบบริการ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยเชื่อมโยงการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตลอดวงจรชีวิต ไม่ใช่เพียงระยะคลอด แต่ยังสร้างกลไกการติดตามและสนับสนุนพยาบาลให้สามารถประยุกต์ใช้ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (person-centered care) ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล[17]

สรุป รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีผลในการยกระดับความสามารถของพยาบาล เพิ่มความพึงพอใจของทั้งพยาบาลและผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และสามารถปรับใช้ในบริบทของหน่วยบริการขนาดทั่วไปได้จริง ผลลัพธ์ยังสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ทำให้มั่นใจได้ว่าการพัฒนารูปแบบนี้เป็นแนวทางที่สามารถยกระดับคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหาร ใช้ในการกำหนดนโยบายส่งเสริม ให้นำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้อย่าง ต่อเนื่อง ส่งเสริมการพัฒนาบทบาทผู้บริหารระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านการนิเทศทางคลินิก เพื่อค้นหาปัญหาเชิงรุก และแก้ไขปัญหาร่วมกัน

2. ด้านการนำผลวิจัยไปใช้ ควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย

3. เป็นแนวทางในการศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อยืนยันผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นให้ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1.Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C. Y., & Casey, B. M. (2022). William obstetrics (26th ed). New York: McGraw-Hill Education.

2.Department of Health.(2022). Annual report 2022. Dublin: Department of Health; 2022.

3.Jim B, Karumanchi SA.(2017). Preeclampsia: pathogenesis, prevention, and long-term complications. Semin Nephrol. 2017;37(4):386–397.

4.Osman OM, Gaafar T, Eissa TS, Abdella R, Ebrashy A, Ellithy A.(2020). Prevalence of vitamin D deficiency in Egyptian patients with pregnancy-induced hypertension. J Perinat Med. 2020;48(6):583–588.

5.Youssef, G.S. (2019). Hypertension in pregnancy. Retrieved May 5, 2023, from http://www.escardio.org/Journals/EJournal-of Cardiology-Practice/Volume17/hypertension in pregnancy

6.Ananth CV, Peedicayil A, Savitz DA.(1995). Effect of hypertensive diseases in pregnancy on birthweight, gestational duration, and small-for-gestational-age births. Epidemiology 1995; 6(4):391-395.

7.Sibai BM.(1991). Diagnosis and management of chronic hypertension in pregnancy. Obstet Gynecol 1991; 78(3 Pt 1):451-461.

8.งานเวชระเบียน โรงพยาบาลบ้านหมี่.(2567). สถิติคลอด ปี พ.ศ. 2565-2567. โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี.

9.Naz H, Ganaie NA.(2023). Evidence-based practice in nursing: a comprehensive review. Clin Med Health Res J. 2023;3(6):713–715.

10.Koehn ML, Lehman AM.(2008). Evidence-based practice and nursing support systems. J Nurs Admin. 2008;38(2):77–83.

11.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2564). รายงานสถานการณ์สุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ปี 2564. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2564.

12.Osman H, et al.(2020). Standardized care pathways in hypertensive pregnancy: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20:123.

13.Chien LY.(2019). Continuing education and nursing competency: an evidence-based review. Nurse Educ Today. 2019;76:123–30.

14.Naz S, et al.(2023). Implementation of evidence-based practice in maternity care: outcomes and challenges. Int J Nurs Pract. 2023;29:e13145.

15.Smith A, et al. (2021). Patient satisfaction in comprehensive maternity care. Midwifery. 2021;99:102982.

16.Jim B, Karumanchi SA.(2017). Preeclampsia: pathogenesis and clinical management. Kidney Int. 2017;91(4):711–23.

17.Institute of Patient-Centered Care.(2022). Principles and practices. 2022. Available from: https://www.ipccare.org

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูงวิกฤต ร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษา

Nursing care for patients with acute heart failure due to a hypertensive crisis with acute respiratory failure: case study.

(Received: March 27,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

นฤมล สินบริสุทธิ์[1]
Narumol Sinborisut[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูงวิกฤตร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยศึกษาในผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 39 ปี ประวัติเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มาด้วยอาการหายใจเหนื่อย ใจสั่น ก่อนมาโรงพยาบาล 6 ชั่วโมง ในช่วงแรกรับและระหว่างรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยมีปัญหาหายใจลำบาก ความดันโลหิตสูงรุนแรง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ แพทย์วินิจฉัยโรคภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ ให้การรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและช่วยหายใจด้วยถุงลมช่วยหายใจแบบมือบีบ ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิต ยารักษาหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะทางหลอดเลือดดำ กระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า และส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด

ผลการศึกษา ในระหว่างดูแลรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ผู้ป่วยมีปัญหา ได้แก่ การแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดไม่เพียงพอ ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง หัวใจเต้นเร็ว ติดเชื้อทางเดินหายใจ ไตวายเฉียบพลัน โปแตสเซียมในเลือดต่ำ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และมีภาวะขาดน้ำ การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ดูแลการใช้เครื่องช่วยหายใจ ประเมินและดูแลควบคุมสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ระดับน้ำตาลในเลือด รักษาความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ บริหารยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ซึ่งผู้ป่วยได้รับการจัดการกับปัญหาดังกล่าวและมีอาการดีขึ้น แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 11 วัน

คำสำคัญ : ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน,ความดันโลหิตสูงวิกฤต, ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

Abstract

This study was case study. The objective was to study nursing care for patients with acute heart failure due to a hypertensive crisis with acute respiratory failure. The study was conducted on a 39-year -old female patient with past illnesses of diabetes, hypertension, and dyslipidemia. She presented with symptoms of breathlessness and palpitations six hours before the emergency room at the community hospital. During the initial assessment and treatment at a community hospital, she exhibited dyspnea, hypertension crisis, hyperglycemia, and tachycardia. The doctor's diagnosis included acute heart failure, acute respiratory failure, and Supraventricular tachycardia. Initial interventions involved endotracheal intubation with manual Ambu bag, intravenous diuretics, antihypertensive drugs, anti-arrhythmic drugs, synchronized cardioversion, and referral to the provincial hospital

The study results, during her stay at the provincial hospital, several clinical challenges were identified, including impaired gas exchange, persistent hypertension, hyperglycemia, tachycardia, respiratory tract infection, acute kidney injury (AKI), hypokalemia, urinary tract infection (UTI), and dehydration. Key nursing focused on mechanical ventilator management, continuous assessment of vital signs and oxygen saturation, monitoring blood glucose levels and maintaining fluid and electrolyte balance, and administration of intravenous antihypertensives, diuretics, and antibiotics as prescribed. Following a comprehensive treatment

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

and nursing management, the patient's condition improved. She was successfully discharged after a total length of stay of 11 days.

Keywords: Acute heart failure, Hypertensive crisis, Acute respiratory failure

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Decompensated Heart Failure: ADHF) เป็นภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที เนื่องจากเป็นกลุ่มอาการทางคลินิก (Clinical syndrome) ที่เกิดจากความ ผิดปกติของโครงสร้าง (Structural) หรือการทำหน้าที่ (Functional) ของหัวใจ ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อร่างกาย หรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ1อาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือค่อยเป็นค่อยไป อาจใช้เวลานานหลายปีก็ได้ โดยมีอัตรา การเกิดโดยประมาณอยู่ที่ร้อยละ 1.1–5.5 คิดเป็นจำนวน 30 ถึง 64 ล้านคนทั่วโลก[2] สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคของหัวใจและหลอดเลือด เช่น ลิ้นหัวใจผิดปกติ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง[1] ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลัก ที่พบบ่อยในการนำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โดยพบถึงร้อยละ 76 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ชายร้อยละ 39 และในผู้หญิงร้อยละ 59.2 ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท มากกว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถึงสองเท่า รวมทั้งยังพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวถึงร้อยละ 60-75[3] สำหรับข้อมูลประเทศไทยจากรายงานสถิติภาวะหัวใจล้มเหลวโดยกรมการแพทย์ปี 2565-2567พบผู้ป่วยจำนวน 117,726, 143,008 และ 152,385 รายต่อปี ตามลำดับ และเสียชีวิต 10,042, 9,606 และ 9,675 รายต่อปี ตามลำดับ โดยเป็นการเสียชีวิตเฉียบพลันขณะรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 5.5 เสียชีวิตใน 5 ปี ร้อยละ 50[4] นอกจากนี้ยังพบการกลับเป็นซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายใน 30 วัน ร้อยละ 13.2 ปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เกิดจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 45 โดยโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุดถึงร้อยละ 65 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ/ตัน ร้อยละ 47 ภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว ร้อยละ 24 นอกจากนี้ยังพบโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในระบบอื่นๆ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 50 โรคเบาหวาน ร้อยละ 47 และโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 50, 47, และ 19 ตามลำดับ[5] เมื่อพิจารณาด้านพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคความดันโลหิตสูง เกิดจาก การที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ความดันในหลอดเลือดจะสูงขึ้น ทำให้หัวใจห้องล่างต้องออกแรงบีบตัวแรงเพิ่มขึ้น เพื่อต้านความดันในหลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหนาขึ้น แข็งตัว ความยืดหยุ่นน้อยลง และกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวลดลง ไม่สามารถรับเลือดได้เต็มที่ในขณะคลายตัว ส่งผลให้แรงดันภายในหัวใจสูงขึ้น การไหลเวียนของเลือดกลับสู่หัวใจมีปริมาณลดลง และเกิดภาวะเลือดคั่งในปอด (Pulmonary Edema) ตามมา ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบากขณะนอนราบ ไอแห้งๆ หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง บวมกดบุ๋ม ตับโตกดเจ็บ ท้องอืด จุกแน่นท้อง หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว จะทำให้เกิดอาการหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ ภาวะการหายใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน และหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และการกลับเป็นซ้ำ จึงต้องครอบคลุมตั้งแต่ระยะวิกฤตจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน โดยมีเป้าหมาย เพื่อลดอาการหอบเหนื่อยอย่างเร่งด่วน ลดภาวะน้ำเกิน เพิ่มประสิทธิภาพการ บีบตัวของหัวใจ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลรักษาโรคที่เป็นต้นเหตุ และส่งเสริมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม[6]

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 282 เตียง ให้บริการทางการแพทย์ครบทุกสาขาทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในจำนวน 15,988, 18,350 และ 15,837 ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 856, 635 และ 790 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงเป็น 1 ใน 10 อันดับโรค ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้บางรายเกิดภาวะวิกฤต ต้องเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยในช่วงปีดังกล่าวมีจำนวน 116, 98, และ 139 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 57, 49 และ 63 ราย ตามลำดับ เสียชีวิตขณะรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมจำนวน 16, 8 และ 8 ราย ตามลำดับ[7] จากข้อมูลของผู้ป่วยเสียชีวิตที่ยังมีอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีการพัฒนาแนวทางการรักษาด้วยยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยแล้วก็ตาม แต่อุปสรรคสำคัญมักเกิดจากความซับซ้อนของโรคและภาวะโรคร่วม ตลอดจนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ยังไม่เหมาะสม จึงสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด ยังคงมีความท้าทายและเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกรณีศึกษา เพื่อค้นหาปัญหาทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมองค์รวม เป็นระบบ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อน และการกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลวลดลงต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูงวิกฤตร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่ามีหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกผู้ป่วยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูงวิกฤตร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน และรุนแรง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ รวมทั้งประสบการณ์สูงในการดูแล ช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความ งาน วิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยกรณีศึกษา โดยการสอบถามผู้ป่วยและญาติ การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ ระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษอื่นๆ และการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ กำหนดประเด็นปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และนำมากำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 39 ปี นับถือศาสนาคริสต์ สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง การศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 รับวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2567 การวินิจฉัยโรค Congestive heart failure, Respiratory Failure, Hyperglycemia underlying DM, HT, DLP จำหน่ายวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 11 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

หายใจเหนื่อย ใจสั่น ก่อนมาโรงพยาบาล 6 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 วันก่อนมา มีไข้ ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อย ปัสสาวะออกน้อย

6 ชั่วโมงก่อนมา หายใจเหนื่อยมากขึ้น ใจสั่น ญาติจึงประสานมูลนิธินำส่งโรงพยาบาล

แรกรับที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจเหนื่อย RR = 40 beat/min, PR เร็ว =160 beat/min, BP สูง = 280/169 mmHg, O_2 Sat ต่ำ= 70%, DTX สูง = 453 mg%, EKG 12 lead พบ Sinus tachycardia with PVC ผล CXR พบ Cephalization both lung with Pulmonary congestion แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น CHF, Respiratory failure, Hyperglycemia ให้การรักษาด้วยการใส่ ET. tube, Lasix 80 mg Ⓥ stat, RI 10 unit ⓢⓒ, NTG (1:5) Ⓥ drip 10 ml/hr titrate 6 mcg/min ทุก 5 นาที keep BP 140/90 mmHg, Adenosine 6 mg Ⓥ stat, retrained Foley's cath ส่งตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Trop-I ผลที่ผิดปกติ คือ CBC พบ WBC↑ = 24,980 cell/mm^3, Renal function test พบ Creatinine↑ = 1.26 mg/dl, GFR↓ = 53.6 ml/min/1.73 m^2 Electrolyte พบ K↓= 3.2 mmol/l แพทย์ให้การรักษาด้วย NSS 1,000 ml + KCL 40 mEq Ⓥ drip rate 150 ml/hr ต่อมาพบลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แสดงผลเป็น Supraventricular tachycardia (SVT) แพทย์ให้ Adenosine 12 mg Ⓥ stat ร่วมกับทำ Synchronized cardioversion 50 Joule x 1 ครั้ง และ 100 Joule x 1 ครั้ง หลังจากนั้นลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจกลับมาเป็น Sinus tachycardia แพทย์จึงส่งรักษาต่อโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลประจำจังหวัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS = 9T ($E_3V_TM_6$) หายใจเหนื่อย RR =36 beat/min On ET. tube และช่วยหายใจด้วยการบีบ Ambu bag with O_2, PR = 160 beat/min (Irregular), BP สูง = 209/129 mmHg มีไข้สูง BT = 40.3 °C, O_2 Sat ต่ำ = 76%, DTX = 395 mg% ฟังเสียงปอด พบ Secretion sound และ Crepitation both lung, urine flow ทาง Foley's catheter เหลืองใส ออกดี On NTG (1:5) Ⓥ drip rate 30 ml/hr แพทย์ให้การรักษาด้วย ลด rate NSS 1,000 ml + KCL40 mEq Ⓥ drip เหลือ 40 ml/hr, RI 10 unit ⓢⓒ, Labetalol 50 mg Ⓥ bolus และ 60 ml + NSS 40 ml Ⓥ drip rate 5 ml/hr titrate ↑↓ keep BP 160/110 mmHg, ABG พบมี Respiratory acidosis, Serum ketone ผลปกติ ส่งทำ CTA Pulmonary artery พบมีลักษณะของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ได้แก่ Dilated main pulmonary artery with mild cardiomegaly, Pulmonary hypertension, Diffuse bilateral ground glass opacities airspace opacification with air bronchogram in both lung mainly แพทย์วินิจฉัยโรคเหมือนเดิม พิจารณาให้เข้าพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

DM, HT, DLP

ประวัติการแพ้ยา/ใช้สารเสพติดและอื่นๆ

ปฏิเสธการแพ้ยา/ใช้สารเสพติด

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

ลักษณะทั่วไป: รูปร่างอ้วน ผิวขาว แต่งกายสะอาด รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อย สัญญาณชีพ PR = 124

beat/min (Irregular), RR = 24 beat/min, BP 174/114 mmHg, BT = 37.4 °C, O_2 Sat = 90% On oral ET. tube, IV. Fluid แขนซ้าย 2 เส้น, NG. tube และ Foley's catheter

ศีรษะ ตา หู คอ จมูก: ศีรษะไม่ผิดรูป เยื่อบุตาไม่เหลือง ไม่ซีด คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่ง

ระบบทางเดินหายใจ: ทรวงอกสมมาตร หายใจเหนื่อย RR = 24 beat/min พบ crepitation both lung, Fine Crackles

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: เสียงหัวใจจังหวะไม่สม่ำเสมอ ไม่พบเสียง murmur และ S3 Gallop ชีพจรส่วนปลายแรงเท่ากันทั้งสองข้าง

ระบบทางเดินอาหารและช่องท้อง: ท้อง ไม่บวม ไม่มีก้อน กดไม่เจ็บ ฟังเสียงลำไส้ปกติ คลำไม่พบตับและม้ามโต

ระบบประสาท: รู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ GCS = 9T ($E_3V_TM_6$) Pupils Ø 2 mm RTL BE

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: การเคลื่อนไหวของข้อปกติ กำลังกล้ามเนื้อแขน ขา ทั้ง 2 ข้าง ปกติ เกรด 5 ปลายมือและเท้าไม่บวม

ผิวหนังและเล็บ: ผิวหนังยืดหยุ่น ไม่มีผื่นบาดแผลหรือจุดเลือดออก เยื่อบุใต้เล็บซีด เย็น ไม่เขียวคล้ำ

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดลดลง เนื่องจากมีน้ำและเลือดในถุงลมปอด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจเหนื่อย ใจสั่น ปัสสาวะออกน้อย 2. ผล CXR (Portable) ที่โรงพยาบาลชุมชน พบ Cephalization both lung 3. ผล CTA Pulmonary artery พบ Dilated main pulmonary artery with mild Cardiomegaly, Pulmonary hypertension, Diffuse bilateral ground glass opacities airspace opacification with air bronchogram in both lungs mainly 4. ผล ABG พบ Respiratory acidosis 5. แพทย์วินิจฉัยโรค Congestive Heart Failure 6. แรกรับที่ MICU ฟังเสียงปอด พบ secretion sound, crepitation both lung และ Fine crackles, O_2 Sat = 90% **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดและเพิ่มระดับออกซิเจนในเลือด 2. เพื่อลดการคั่งของน้ำและเลือดในถุงลมปอด	1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที Keep MAP > 65 mmHg monitor EKG, O_2 sat อย่างต่อเนื่อง และทดสอบ Capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตาม เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ว่าเนื้อเยื่อมีภาวะพร่องออกซิเจน 2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเร็วตื้น ใช้กล้ามเนื้อบริเวณคอและท้องช่วยในการหายใจ ปลายมือ ปลายเท้าซีดเย็น ริมฝีปากเขียวคล้ำ Capillary refill time นานกว่า 2 วินาที 3. จัดท่าให้ผู้ป่วยศีรษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อลดปริมาตรเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจและปอดขยายตัวได้ดีขึ้น 4. ดูแลให้ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ on ventilator setting PCV mode, FiO_2 = 0.8, RR = 20 beat/min, PEEP= 7 cmH_2O, IP= 18 cmH_2O, T_i = 1 second ตามแผนการรักษา และปรับตั้ง setting ให้เหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วยกรณีมีอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ช่วยทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น และเนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนเพียงพอ 5. ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ มองเห็นเสมหะ ได้ยินเสียงเสมหะดัง ครืดคราดจากท่อช่วยหายใจ ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบหรือเสียงเปรี๊ยะแบบหยาบ (Coarse crackles sound) บริเวณเหนือหลอดลม สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดลง เป็นต้น 6. ฟังเสียงปอดทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะน้ำท่วมปอด โดยจะได้ยินเสียงกรอบแกรบ (Crepitation) บริเวณชายปอดด้านล่างทั้ง 2 ข้าง 7. ดูแลฉีด Lasix 80 mg Ⓥ q 8 hr ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยขับปัสสาวะและลดปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ เฝ้าระวังและสังเกตผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ ภาวะขาดน้ำและเสียสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย โดยจะมีอาการอ่อนแรง เป็นตะคริว กระสับกระส่าย หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปัสสาวะน้อยลง และสีเข้ม ความดันโลหิตต่ำ 8. ประเมินอาการบวมกดบุ๋ม (Pitting edema) ตามร่างกาย เช่น หนังตา ข้อเท้า ขา หรือท้อง และฟังเสียงปอด เพื่อติดตามและเฝ้าระวังการมีน้ำคั่งที่ปอดและน้ำคั่งในร่างกายส่วนอื่นๆ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	9. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า ออกจากร่างกาย และปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 10. ดูแลให้งดอาหารและน้ำเพื่อลดปริมาตรสารน้ำเข้าสู่ร่างกาย 11. ติดตามผล CXR เพื่อประเมินภาวะน้ำคั่งในปอด (Pulmonary congestion) และติดตามการตอบสนองต่อการรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** หลังเข้ารับการรักษาวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS = 9T ($E_3V_TM_6$) หายใจไม่เหนื่อย RR =18-20 beat/min, PR = 70-90 beat/min, BP = 117/55- 132/67 mmHg, O_2 Sat = 99-100% ผล CXR ซ้ำมี Pulmonary congestion ลดลง ฟังเสียงปอด พบ decrease crepitation both lung ไม่มีอาการบวมบริเวณหนังตาทั้ง 2 ข้าง และบริเวณอื่น ปัสสาวะออกเฉลี่ย 35 - 40 ml/hr ปรับ setting ventilator โดยลด FiO_2 เหลือ 0.4 และ RR เหลือ 12 beat/min หลังเข้ารับการรักษาวันที่ 9 สามารถ wean และ off ventilator ได้ หายใจเองได้ ไม่เหนื่อย O_2 Sat = 99 - 100%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจภายใน 1 นาทีลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจเหนื่อย ใจสั่น 2. สัญญาณชีพที่โรงพยาบาลชุมชน PR เร็ว= 160 beat/min ทำ EKG 12 lead พบ Sinus tachycardia with PVC ต่อมาพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แสดงลักษณะเป็น Supraventricular Tachycardia (SVT) แพทย์ให้ Adenosine 12 mg Ⓥ stat ร่วมกับทำ Synchronized Cardioversion 50 Joule x 1 ครั้ง และ 100 Joule x 1 ครั้ง 3. แรกรับที่ MICU PR เร็ว ไม่สม่ำเสมอ 124 beat/min **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจและเพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจภายใน 1 นาที	1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที Keep MAP > 65 mmHg, monitor EKG, O_2 Sat อย่างต่อเนื่อง และทดสอบ Capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตาม เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ว่าเนื้อเยื่อมีภาวะพร่องออกซิเจน 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow Coma Score เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง 3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจภายใน 1 นาที ไม่เพียงพอ ดังนี้ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ชีพจรเบา pulse pressure แคบ ความดันโลหิตต่ำ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปริมาณปัสสาวะลดลง อุณหภูมิของผิวหนังบริเวณปลายมือ ปลายเท้าเย็น capillary refill time ช้ากว่าปกติ 4. ประเมิน เฝ้าระวัง และสังเกตลักษณะ รูปแบบของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา 5. บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย 6. จำกัดสารน้ำและอาหารเค็มตามแผนการรักษา เพื่อลดภาระงานของหัวใจ 7. ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย 8. สังเกต ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) จากหน้าจอ Monitor เบื้องต้น และติดตามผลการตรวจ EKG 12 lead เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการตอบสนองต่อการดูแลรักษา 9. จัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะ Supraventricular Tachycardia (SVT) ซ้ำ 10. เตรียมยาฉุกเฉิน เช่น Adenosine, Verapamil, Esmolol และเครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจให้พร้อมทำ Synchronized Cardioversion หากผู้ป่วยเกิดภาวะ Supraventricular Tachycardia (SVT)
	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ PR = 72 -78 beat/min, RR= 16 -18 beat/min BP = 130/64 - 142/77 mmHg, O_2 Sat = 99-100%, Pulse pressure = 66 -65 mmHg, MAP = 86 - 99 mmHg, CRT ≤ 2 วินาที, EKG monitor show normal sinus rhythm, urine output 75 -100 ml/hr ไม่ได้ repeat EKG 12 lead
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการมีเลือดออกในสมองเนื่องจากความดันโลหิตสูง **ข้อมูลสนับสนุน**	1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาทีในระยะวิกฤต และต่อไปทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณเตือนด้านสัญญาณชีพที่บ่งชี้ว่ามีเลือดออกในสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง หัวใจเต้นช้าลง และการหายใจไม่สม่ำเสมอ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
แรกรับที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน BP = 280/169 mmHg ได้รับการรักษาด้วย NTG (1:5) Ⓥ drip 30 ml/hr แรกรับที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลประจำจังหวัด BP = 209/129 mmHg แพทย์เพิ่ม Labetalol 50 mg Ⓥ bolus และ 60 ml + NSS 40 ml Ⓥ drip rate 5 ml/hr แรกรับที่ MICU BP = 174/114 mmHg **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และป้องกันการเกิดเลือดออกในสมอง	2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) อาการทางระบบประสาท (Neurological sign) ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณเตือนด้านความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท ที่บ่งชี้ว่ามีเลือดออกในสมอง ได้แก่ ซึมลง หมดสติ กล้ามเนื้อแขน ขาอ่อนแรง 3. ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ได้แก่ NTG (1:5) Ⓥ drip 30 ml/hr titrate 0.5-1 mcg/kg/min (6 mcg/min) ทุก 5 นาที จนตอบสนองที่ 40 ml/hr เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ Labetalol 60 ml + NSS 40 ml (3:1) Ⓥ drip rate 5 ml/hr titrate 10-40 ml/hr เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ หลอดลม หดเกร็ง 4. ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตทาง NG tube ได้แก่ Losartan (100 mg) ½ tab OD, Hydralazine (25 mg) 1 tab tid pc, ยาเสริมสำหรับควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ Aldactone (25 mg) 2 tab OD, Isordil (10 mg) 1 tab tid pc เฝ้าระวังผลข้างเคียงความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอริยาบทอย่างรวดเร็ว ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว 5. สังเกตอาการของภาวะเลือดออกในสมอง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ระดับความรู้สึกตัวลดลง 6. ดูแลให้ได้รับอาหารที่จำกัดโซเดียม เพื่อลดการคั่งของน้ำในร่างกายและลดภาระการทำงานของไต ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต 7. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ลดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล ทำให้หลอดเลือดขยายตัว และความดันโลหิตลดลง **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ PR = 72 -78 beat/min, RR= 16 -18 beat/min BP = 130/64 - 142/77 mmHg กำลังกล้ามเนื้อแขน ขา เกรด 5 ยกขยับได้ปกติ การมองเห็นปกติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงจากเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลงและขาดน้ำ	1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 นาที เพื่อเฝ้าระวัง ติดตามอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีภาวะขาดน้ำของเสียคั่งในร่างกายเพิ่มขึ้น 2. สังเกต ประเมินอาการของของเสียคั่งในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย บวม คันตามตัว หายใจหอบ
ข้อมูลสนับสนุน 1. ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ Lasix 80 mg Ⓥ q 8 hr ปัสสาวะออก (Output) 3,490 ml ปริมาณน้ำเข้าร่างกาย (Intake) 1,030 ml 2. ผิวหนังและริมฝีปากแห้ง 3. ผล Blood chemistry พบ BUN↑= 42 mg/dl, Creatinine↑= 3.14 mg/dl, GFR↓= 17.83 ml/min/1.73 m^2 4. แพทย์วินิจฉัยโรค Congestive Heart Failure with Acute Kidney Injury และสงสัย Over diuretic หรือ Contrast-induced nephropathy (CIN)	ความดันโลหิตสูง เพื่อช่วยในการประเมินความรุนแรงของของเสียคั่งในร่างกาย และรายงานแพทย์ให้การรักษาอย่างเหมาะสม 3. สังเกต ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ได้แก่ กระหายน้ำ ริมฝีปากแห้ง ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ปัสสาวะออกน้อย หน้ามืด อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ผิวหนังแห้งและขาดความยืดหยุ่น ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ง หายใจเร็ว 4. ดูแลให้ BD (1:1) 200 ml x 4 feed + น้ำ 50 ml (วันที่ 8 - 11 กันยายน 2567) และ BD (1.2:1) 250-300 ml x 4 feed (วันที่ 12 – 14 กันยายน 2567) ตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับอาหาร สารน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย 5. ดูแล feed น้ำ 400 ml x 3 ครั้ง ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มปริมาตรน้ำในหลอดเลือดและการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงไต 6. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อเป็นการประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อลดการคั่งของเสียในร่างกายและไม่เกิดอันตรายจากของเสียคั่ง 2. เพื่อเพิ่มปริมาตรน้ำในหลอดเลือดให้อยู่ในภาวะสมดุล	7. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง และรายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง 8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ BUN, Cr, GFR เพื่อประเมินการทำงานของไตในการกรองของเสีย และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ PR = 72 -78 beat/min, RR = 16 -18 beat/min BP = 130/64 - 142/77 mmHg, BT = 36.7 -37.3 °C ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจไม่เหนื่อย ไม่มีอาการบวมตามร่างกาย ผิวหนังและริมฝีปากชุ่มชื้น ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย และสารน้ำออกจากร่างกาย (ปัสสาวะหลังหยุดให้ Lasix) มีความสมดุล intake =1,300 - 1,800 ml, output =1,500 - 1,000 ml ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีแนวโน้มดีขึ้นจากเดิม แต่ยังมีค่าผิดปกติอยู่ BUN (ลดลง) = 29 mg/dl, Creatinine (ลดลง) = 1.17 mg/dl, GFR (เพิ่มขึ้น) = 58.81 ml/min/ 1.73 m^2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยขาดความสมดุลของเกลือแร่โปแตสเซียมในเลือด เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง และปัสสาวะออกมาก จากการใช้ยาขับปัสสาวะ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ Lasix 80 mg Ⓥ q 8 hr ปัสสาวะออก (Output) 3,490 ml ปริมาณน้ำเข้าร่างกาย (Intake) 1,030 ml 2. ผล BUN↑= 28 mg/dl, Creatinine↑= 2.25 mg/dl, GFR↓= 26.68 ml/min/1.73 m^2, K↓ = 3.2 mmol/l **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อเพิ่มโปแตสเซียมในเลือดให้กลับสู่ระดับปกติ 2. เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะโปแตสเซียมต่ำ	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ว่าเกิดภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ 2. ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และลักษณะคลื่นไฟฟ้าที่บ่งชี้ถึงระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ 3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ตะคริว ท้องอืด ท้องผูก ใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) พบ U wave, (T wave flattening/ inversion), ST depression, Prolonged QT 4. ดูแลให้ BD (1:1) 200 ml x 4 feed + น้ำ 50 ml (วันที่ 8 - 11 กันยายน 2567) และ BD (1.2:1) 250-300 ml x 4 feed (วันที่ 12 – 14 กันยายน 2567) ตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับอาหาร สารน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และเพิ่มระดับโปแตสเซียมในเลือด5. ดูแลให้ NSS 1,000 ml + KCL 40 mEq Ⓥ drip rate 40 ml/hr x 2 ขวด ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มระดับโปแตสเซียมในเลือด 6. ติดตามผลการตรวจ Electrolyte เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กำลังแขน ขาปกติ เกรด 5 ไม่มีอาการชัก ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ normal sinus rhythm ผลการตรวจ Electrolyte ซ้ำ พบค่า K ปกติ = 4.2 mmol/l
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเนื่องจากสูญเสียกลไกการป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายจากการใส่ท่อช่วยหายใจและมีน้ำคั่งในปอด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยได้รับการใส่ ET tube & Ventilator 2. เสมหะเปลี่ยนสีจากสีขาวใสเป็นสีขาวขุ่น มีปริมาณเพิ่มขึ้น 3. มีไข้ BT = 38 -39 °C หายใจเหนื่อย RR = 24 beat/min	1. ประเมินสัญญาณชีพ MAP และระดับความรู้สึกตัวทุก 15-30 นาที ประเมิน CRT ทุก 1 ชั่วโมง Monitor EKG และ O_2 Sat อย่างต่อเนื่อง เพื่อ ติดตาม เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2. ประเมิน SIRS Criteria ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเตือนของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 3. บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง และบันทึกสารน้ำเข้า - ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต 4. ดูแลฉีดยา Tazocin 4.5 gm Ⓥ q 6 hr เพื่อฆ่าเชื้อแบคทีเรีย เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ท้องเสีย ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ นอน ไม่หลับ ผื่นคัน ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ โลหิตจาง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อาการชัก หลอดเลือดอักเสบบริเวณที่ฉีดยา ปวดกล้ามเนื้อ ภาวะกล้ามเนื้อสลาย และโปแตสเซียมต่ำ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
4. แรกรับที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมฟังเสียงปอด พบ Secretion sound และ Crepitation both lung 5. ผลการตรวจ CBC พบ WBC↑= 24,980 cell/mm^3, Neutrophil = 84.6%, Lymphocyte =9.5% ผล Sputum gram stain พบ Gram positive cocci in pair cluster: few, Leukocyte: moderate, Epithelial cells: > 25 cell/LPF ผล Sputum culture พบ Moderate Enterobacter cloacae 6. แพทย์วินิจฉัยเป็น Pneumonia **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดและกำจัดเชื้อต้นเหตุที่ทำให้ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 2. เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด	5. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปลอดเชื้อ เพื่อลดความเสี่ยงของการนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยระหว่างการให้การพยาบาล และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 6. ติดตามผล CBC, Sputum gram stain, Sputum culture และ CXR **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ PR = 72 -78 beat/min, RR= 16 -18 beat/min BP = 130/64 - 142/77 mmHg, BT = 36.7 -37.3 °C, O_2 Sat = 99-100%, MAP = 77 - 99 mmHg CRT ≤ 2 วินาที, ไม่พบ SIRS criteria, urine output =75-100 ml/hr ฟังปอดไม่พบเสียง Crepitation หรือเสียงผิดปกติอื่นๆ ผล CXR ไม่พบ infiltration ผล CBC หลังได้รับการรักษา 2 วัน ผล CBC พบ WBC ลดลงเหลือ 10.77 cell/mm^3, Neutrophil ลดลงเหลือ 78.6%, Lymphocyte เพิ่มขึ้นเป็น =11.5% ไม่ได้ส่งตรวจ Sputum culture ซ้ำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากร่างกายไม่ตอบสนองต่ออินซูลินและมีการติดเชื้อในร่างกาย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. แรกรับที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน DTX สูง = 453 mg% ได้รับ RI 10 unit sc	1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น DKA หรือ HHS ภาวะขาดน้ำ 2. สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ อ่อนเพลีย ผิวแห้ง กระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ชีพจรเต้นเร็ว หายใจหอบเหนื่อย ซึมลง หมดสติถ้ามีอาการดังกล่าวควรมาพบแพทย์
แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลประจำจังหวัด DTX = 395 mg% ได้รับ RI 10 unit sc หลังรับไว้หอผู้ป่วยหนัก DTX = 169 - 211 mg% 2. ผู้ป่วยมีประวัติเป็น DM Type II 3. ระหว่างเข้ารับการรักษามีภาวะปอดอักเสบ และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และสารน้ำทาง NG tube ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ 4. ประสานนักโภชนาการ จัดอาหารปั่นผสม (BD) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Diabetic diet) 5. ติดตามระดับน้ำตาลในกระแสเลือด โดยเจาะ DTX q 6 hr ตามแผนการรักษา และฉีด RI ตาม sliding scale ดังนี้ DTX 200 - 250 RI 4 unit sc, DTX 251-300 RI 6 unit sc, DTX 301-350 RI 8 unit sc, DTX 351-400 RI 10 unit sc 6. บันทึก Intake / Output เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ PR = 72 -78 beat/min, RR = 16 -18 beat/min BP = 130/64 - 142/77 mmHg, DTX = 117 - 128 mg% ผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำสาเหตุหลักมาจากยาขับปัสสาวะ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ 2. ผู้ป่วยรูปร่างอ้วน การตั้งค่า PEEP = 7 cmH_2O และ RR = 20 beat/min ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป **วัตถุประสงค์การพยาบาล**	1. ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ หรือดึงรั้ง ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube: ET tube) (ความลึก 20 cm) ตรวจสอบ cuff pressure ให้อยู่ระหว่าง 20 - 25 mmHg ยึดท่อช่วยหายใจให้อยู่กับที่ เพื่อป้องกันการเกิด Tracheal mucosal necrosis และท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 2. ประเมินระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ลักษณะการหายใจ อาการหอบเหนื่อย อาการปลายมือ ปลายเท้า เขียวคล้ำ ค่า O_2 Sat ตรวจสอบความสัมพันธ์ของการหายใจของผู้ป่วยกับเครื่องช่วยหายใจ ฟังเสียงปอด ถ้าฟังได้เสียง wheezing มักเกิดจาก bronchospasm ถ้าฟังได้เสียง crepitation มักเกิดจากเสมหะ หรือน้ำในปอด ขณะดูดเสมหะสังเกต ถ้าเสมหะมีสีที่เจือจางและมีปริมาณมากอาจจะบ่งบอกถึงภาวะน้ำเกิน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ภาวะ Barotrauma ภาวะ Pneumothorax ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ บาดเจ็บเนื้อเยื่อทางเดินหายใจ และ Tracheal mucosal necrosis	แต่ถ้าสีของเสมหะขุ่นขึ้น บ่งชี้ว่าอาจเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia; VAP) 3. ทำความสะอาดช่องปากและฟันของผู้ป่วยทุก 8 ชั่วโมง ดูดเสมหะด้วยระบบปิด (Closed system suction) เมื่อมีเสียงเสมหะ เห็นเสมหะ หรือผู้ป่วยเรียกด้วยเทคนิคการปลอดเชื้อ (Aseptic technique) พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ดูแลรักษาระดับ cuff pressure ที่ 20 - 25 mmHg เทน้ำที่ขังใน Ventilator circuit ออกอย่างสม่ำเสมอ ป้องกันการไหลย้อนกลับเข้าท่อช่วยหายใจ จัดท่านอนผู้ป่วยศีรษะสูง 30 - 45 องศา ทดสอบตำแหน่งปลายสายยางให้อาหาร (NG tube) ก่อนให้อาหารทางสายยางว่าอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ 4. บันทึกและตั้งค่า PEEP ให้ได้ระดับตามแผนการรักษา ระวังการเลื่อนระดับจากการสัมผัสปุ่ม PEEP ให้มีระดับสูงขึ้น จะมีผลต่อการเพิ่มแรงดันภายในช่องปอด บันทึกและติดตามปริมาตรอากาศที่หายใจออกของผู้ป่วยอย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Barotrauma รวมทั้งสังเกตอาการเตือนของการเกิดภาวะ Barotrauma ได้แก่ เจ็บหน้าอก ไอ หายใจเร็ว หายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี๊ดๆ หัวใจเต้นเร็ว เลือดกำเดาไหล ปวดหู หูอื้อ เลือดออกในหูหรือจมูก ความดันโลหิตต่ำ ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ เพื่อรายงานแพทย์ให้การรักษาอย่างทันท่วงที 5. ควบคุม Plateau Pressure (Pplat) ให้อยู่ระหว่าง 30-35 cmH_2O ตั้งค่า V_t ที่ 6-8 kg/ml โดยใช้ Ideal Body Weight หลีกเลี่ยงการเพิ่ม PEEP เกิน 15-20 cmH_2O เพื่อป้องกันการเกิด Pneumothorax รวมทั้งสังเกตอาการเตือนของการเกิด Pneumothorax ได้แก่ เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบเฉียบพลัน เคาะปอดได้เสียงโปร่ง breath sound ลดลง เพื่อรายงานแพทย์ให้การรักษาอย่างทันท่วงที 6. ประเมินเยื่อบุในช่องปากว่าแห้งมีรอยแดงหรือมีบาดแผลหรือไม่ อย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง เปลี่ยนตำแหน่งท่อช่วยหายใจที่กดบริเวณมุมปากสลับด้านซ้ายและขวา อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 7. ฟังเสียงลมผ่านปอด สังเกตความสมมาตรของทรวงอกขณะหายใจ และสังเกตความสัมพันธ์ของการหายใจและการทำงานเครื่องช่วยหายใจ 8. ตรวจสอบข้อมูลการตั้งเครื่องช่วยหายใจให้ตรงกับแนวทางการรักษาของแพทย์ 9. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 10. ติดตามผล CXR เพื่อตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ และประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อน **ประเมินผลการพยาบาล** สัญญาณชีพปกติ PR = 72 -78 beat/min, RR= 16 -18 beat/min BP = 130/64 - 142/77 mmHg, BT = 36.7 -37.3 °C, O_2 Sat = 99-100% ไม่เกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เสมหะสีขาวใส ไม่มีหนองหรือเลือดปน ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ไม่มีแผลที่เยื่อบุในช่องปากและมุมปาก ผล CXR ไม่พบ infiltration
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะเนื่องจากประสิทธิภาพในการป้องกันเชื้อโรคของเซลล์เยื่อบุผิวทางเดินปัสสาวะลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ ส่งผลให้ชั้นเยื่อบุผิวของทางเดินปัสสาวะเกิดการ	1. ดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิด เพื่อลดโอกาสที่เชื้อโรคจากภายนอกจะเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะผ่านทางสายสวนปัสสาวะ และป้องกันการไหลย้อนกลับของน้ำปัสสาวะ 2. เทปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมงหรือเมื่อมีน้ำปัสสาวะ ¾ ของถุงรองน้ำปัสสาวะ เพื่อลดการอุดตันของสายสวนจากหินปูน และป้องกันปัสสาวะไหลย้อนกลับเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะ 3. ดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวก ไม่มีการคั่งค้าง สายไม่ดึงรั้ง สายสวนปัสสาวะไม่หัก พับงอ หรือดึงรั้งท่อปัสสาวะ ถุงรองรับน้ำปัสสาวะ อยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและสูงกว่าพื้นเสมอประมาณ 15 เซนติเมตร

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
บาดเจ็บ อักเสบ ถูกทำลาย และเอื้อต่อการยึดเกาะของเชื้อแบคทีเรีย 2. ปัสสาวะสีเหลืองขุ่น มีตะกอน 3. มีไข้ BT = 38.5°C 4. Urine exam พบ Blood 2^+, RBC 20-30 cell/HPF, WBC 0-1 cell/HPF, Uric acid crystal 10-20 /HPF, bacteria few **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อกำจัดเชื้อที่เป็นสาเหตุทำให้การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	4. ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ สายสวนปัสสาวะเช้า เย็น และทุกครั้งหลังการขับถ่ายอุจจาระ 5. ไม่ปลดข้อต่อต่าง ๆ ของชุดสวนปัสสาวะ กรณีจำเป็นต้องปลดข้อต่อ เช่น ต่อกระบอกตวงทุกชั่วโมงต้องใช้เทคนิคปราศจากเชื้อเท่านั้น 6. ประเมิน เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะขุ่น มีตะกอน ปัสสาวะมีเลือดปน กลิ่นฉุน ปวดท้องน้อย กดเจ็บท้องน้อย 7. ประเมินข้อบ่งชี้ในการใส่คาสายสวนปัสสาวะทุกวัน เพื่อพิจารณาถอดสายสวนปัสสาวะออกเมื่อหมดความจำเป็น 8. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ 9. ฉีดยา Meropenem 2 gm Ⓥ stat ต่อไป 1 gm Ⓥ q 8 hr ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ ปวดศีรษะ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน และปวดหรืออักเสบบริเวณที่ฉีดยา อาการชัก 10. ติดตามผลการตรวจเลือด CBC ผลการตรวจปัสสาวะ urine exam, urine culture เพื่อประเมินการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 11. ประเมินอุณหภูมิของร่างกายทุก 4 ชั่วโมง ให้การพยาบาลลดไข้เมื่อมีไข้ หรือพิจารณารายงานแพทย์ เพื่อให้ยาลดไข้ 12. ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา เพื่อช่วยขับแบคทีเรียออกจากระบบทางเดินปัสสาวะ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีไข้ BT=36.7 - 37.3°C urine flow ทาง Foley's catheter สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ได้รับการ off Foley's cath ย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส ไม่มีอาการแสบขัด ไม่ได้ส่งตรวจ CBC, Urine exam ซ้ำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยมีโอกาสหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจอ่อนแรงและขาดความมั่นใจในการฝึกการหายใจ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจมา 6 วัน อาจมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ เพราะกล้ามเนื้อในการหายใจไม่ถูกใช้งาน 2. ผู้ป่วยบอกว่า "กลัวหายใจเองไม่ได้" 3. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยทันทีที่ปรับ setting ventilator เป็น CPAP mode **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ 2. เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการหายใจด้วยตนเอง	1. ส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อการหายใจ ดังนี้ 1.1 สอน ฝึกการหายใจด้วยกะบังลม (Abdominal breathing) หรือการฝึกเป่าปาก (Pursed-lip breathing) 1.2 ทำ Passive exercise และ Active ROM ของแขนขา ระหว่างการใช้เครื่องช่วยหายใจทุกเวร 1.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย 25-35 kcal/kg 2. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดังนี้ 2.1 ประเมินและติดตามสาเหตุที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยหายใจมีการ แก้ไขให้ดีขึ้นแล้ว ได้แก่ ปอดขยายตัวได้ขึ้น ไม่มีภาวะพร่องสารน้ำ (Hypovolemia) หรือภาวะน้ำเกิน (Volume overload) ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกดีขึ้น มีปริมาณเสมหะลดลง สามารถไอและขับเสมหะได้เอง ฟังเสียงการหายใจปกติ ของเสียคั่งในร่างกายลดลงและประสิทธิภาพการทำงานของไตดีขึ้น การติดเชื้อลดลงหรือไม่มีการติดเชื้อ เป็นต้น 2.2 ประเมินปริมาณเลือดไหลเวียน (Hemodynamic) ปกติหรือคงที่ ได้แก่ PR ≤ 140 beat/min, SBP = 90-160 mmHg ไม่มีการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด (Vasopressor) หรือใช้เพียงเล็กน้อย 2.3 ประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจที่ต้องมีความแข็งแรง ได้แก่ ไม่มีอาการแสดงของกลุ่มอาการหายใจลำบาก RR < 35 beat/min ผู้ป่วยหายใจได้เอง วัด Spontaneous V_t ≥ 4 ml/kg, Vital capacity > 10 ml/kg, Rapid Shallow Breathing Index (RSBI) fR/V_t < 105 breaths/min/liter

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	2.4 ประเมินระดับออกซิเจนเพียงพอ ได้แก่ O_2 Sat ≥ 90% ขณะที่ใช้ FiO_2 0.4 (หรือ PaO_2/FiO_2 ≥ 150 mmHg) 2.5 ประเมินว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดีเพียงพอหรือไม่ (Adequate mentation) โดย GCS ≥13 คะแนน และไม่ได้รับยาระงับประสาท 2.6 ประเมินภาวะโภชนาการ ความสมดุลของเกลือแร่ในเลือด โดยเฉพาะโซเดียม โปแตสเซียม และแมกนีเซียม Hb > 7 g/dl หรือ Hct > 25%, Serum albumin > 2.5 g/dl, Serum blood sugar อยู่ระหว่าง 140 - 180 mg/dl 3. ประเมินความพร้อมด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีปญหาหรือความกังวลในเรื่องใด และให้การพยาบาล เพื่อผ่อนคลายความเครียดและความกังวลที่เกิดขึ้น 4. อธิบายให้เข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องเอาเครื่องช่วยหายใจออก ขั้นตอนของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อเกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 3. ดูแลผู้ป่วยขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ ปฏิบัติ ดังนี้ 3.1 ดูดเสมหะ และบีบ self–inflating bag 2–3 ครั้งก่อนเริ่มและขณะหย่าเครื่องเครื่องช่วยหายใจเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง และป้องกันปอดแฟบ 3.2 จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศาเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อกระบังลมเคลื่อนไหวได้ดี 3.3 เริ่มทดลองให้ผู้ป่วยหายใจเองเป็นเวลา 30–120 นาที โดยเลือกวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจ CPAP mode ถ้าหายใจได้ดี ค่อยๆ ลด PS วันละ 2-5 cmH_2O และเมื่อลด PS ถึง 5 cmH_2O ผู้ป่วยสามารถหายใจได้ดีนาน 24 ชั่วโมงขึ้นไป ปรึกษากับแพทย์ เพื่อประเมินการถอดท่อช่วยหายใจ 3.4 ขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว จนกว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจ ไม่กระสับกระส่าย สนับสนุน ให้กำลังใจ ชมเชยผู้ป่วยขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ 3.5 หันเหความสนใจ และหาวิธีผ่อนคลาย ความเครียด เช่น การนวด การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การฝึกการหายใจ การใช้ดนตรีบำบัด 3.6 ดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารกับญาติ และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อบอกความต้องการและขอความช่วยเหลือ 3.7 ประเมินและบันทึก vital signs, O_2 Saturation, V_t, minute volume ขณะหย่าเครื่อง โดยในระยะแรก บันทึกทุก 15 - 30 นาที ต่อมาทุก 1 ชั่วโมง 3.8 เฝ้าติดตามประเมินผลความสามารถในการทนต่อการหายใจเอง ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของอาการแสดงเหล่านี้ พิจารณาหยุดการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ BP เพิ่มจากเดิม > 20 mmHg หรือ systolic BP≥160 mmHg หรือ diastolic BP ≤ 90 mmHg, PR เพิ่มขึ้นจากเดิม > 20 beat/min หรือ ≥ 140 beats/min, RR > 35 BPM, EKG show arrhythmia, ischemic, bradycardia, V_t < 200 ml, MV < 5 liters หรือ > 12 liters, f/V_t > 105 breaths/min/L มีเหงื่อออกมาก ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไปู้ป่วยบอกหรือบ่นแน่น หายใจเองไม่ไหว **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการฝึกหย่าเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีความกังวล/กลัว หลังทดลองให้หายใจเองด้วย CPAP mode อยู่ 2 วัน ผู้ป่วยสามารถหายใจได้ดี ไม่พบเกณฑ์หยุดการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แพทย์จึงพิจารณาถอดเครื่องช่วยหายใจและท่อช่วยหายใจ และให้เป็น O_2 cannula
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยมีโอกาสกลับซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากการจัดการตนเองไม่เหมาะสม **ข้อมูลสนับสนุน**	1. ให้ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวและสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะหัวใจล้มเหลว อาการและอาการแสดง การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 2. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา ประเภทของยาที่ได้รับ วิธีการรับประทานยา ขนาดของยา ผลข้างเคียง วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อลืมรับประทานยา ความสำคัญของการ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ผู้ป่วยมีประวัติเป็น DM, HT, DLP ชอบรับประทานอาหารรสจัด อาหารทอด และรสเค็ม ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ 2. ผู้ป่วยรูปร่างอ้วน BMI 78.11 Kg/m^2 **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการการกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลว	รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามสั่งแพทย์ เพื่อทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ดังนี้ 2.1 ประเภทของยาที่ได้รับ วิธีการรับประทานยา ขนาดของยา และผลข้างเคียง 2.1.1 ยาลดความดันโลหิต ได้แก่ 1) Lercanidipine (20 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า ผลข้างเคียง ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอริยาบทอย่างรวดเร็ว ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว บวมบริเวณเท้า ข้อเท้า ขา หรือมือ ร้อนวูบวาบตามตามใบหน้าหรือคอ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง และท้องเสีย ผื่นคัน อาการของปฏิกิริยาการแพ้ยาอย่างรุนแรง 2) Doxazosin (4 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน ผลข้างเคียง ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอริยาบทอย่างรวดเร็ว ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คัดจมูก ใจสั่น อาการของปฏิกิริยาการแพ้ยาอย่างรุนแรง 3) Hydralazine (25 mg) รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอริยาบทอย่างรวดเร็ว ปวดศีรษะ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก บวมบริเวณเท้า ข้อเท้า ขา หรือมือ อาการของปฏิกิริยาการแพ้ยาอย่างรุนแรง 2.1.2 ยาขับปัสสาวะ ได้แก่ Spironolactone (25 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า ผลข้างเคียง ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ เมื่อเปลี่ยนอริยาบทอย่างรวดเร็ว มึนงง สับสน มีอาการของการสูญเสียโซเดียม โปแตสเซียม และแคลเซียม เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นตะคริว เบื่ออาหาร เป็นต้น อาการของปฏิกิริยาการแพ้ยาอย่างรุนแรง 2.1.3 ยาขยายหลอดเลือด ได้แก่ Isosorbide dinitrate (10 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็น ผลข้างเคียง ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มึนงง ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอริยาบทอย่างรวดเร็ว หัวใจเต้นเร็ว อาการของปฏิกิริยาการแพ้ยาอย่างรุนแรง 2.2 วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อลืมรับประทานยา รับประทานยาทันทีที่นึกได้ แต่ถ้าใกล้เวลาของมื้อต่อไป ให้รอรับประทานยาของมื้อต่อไป ห้ามรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า 3. จัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม เช่น ควรนอนชั้นล่าง เพื่อหลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันไดบ่อยๆ จัดห้องพักและบริเวณบ้านให้สะอาด การระบายอากาศดี มีแสงสว่างเพียงพอ แนะนำใส่รองเท้ากันลื่นขณะเข้าห้องน้ำ และดูแลพื้นห้องน้ำให้แห้งอยู่เสมอ และมีราวจับ เพื่อป้องกันการหกล้ม 4. สอนทักษะที่จำเป็น เช่น การสังเกตอาการภาวะน้ำเกิน การชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน และบันทึกน้ำหนัก บันทึกจำนวนน้ำดื่มและปัสสาวะ การวัดความดันโลหิต การจับและนับชีพจร 5. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยปรับการไหลเวียนเลือดส่วนปลายให้ดีขึ้น 6. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน เพื่อลดการทำงานของหัวใจ 7. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และควบคุมน้ำหนักให้อยู่ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่เหมาะสม ดังนี้น้ำตาลสะสม HbA1c) < 7% ความดันโลหิต (BP) < 130/80 mmHg) และไขมัน (LDL) < 100 mg/dL น้ำหนักตัว (BMI) อยู่ระหว่าง 18.5 - 22.9 kg/m^2 เพื่อป้องกันความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ทำให้เสี่ยงต่อเกิดอาการหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ 8. งดสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่ทำให้เส้นเลือดแดงแข็งตัวและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ 9. งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากแอลกอฮอล์ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งจะทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจโตและหัวใจวายได้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	10. จัดการความเครียด เช่น การระบายความรู้สึกกับบุคคลใกล้ชิด ฝึกหายใจ การสวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ เนื่องจากความเครียดส่งผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นได้ และเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ 11. มาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามอาการ ปรับยา ตรวจพบความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนได้ทันท่วงที 12. สังเกตและประเมินอาการภาวะน้ำเกินที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ การบวมบริเวณเท้า ข้อเท้า และขา ซึ่งจะมีลักษณะบวมแบบกดบุ๋ม อาการเหนื่อยนอนราบไม่ได้ หายใจลำบาก ในตอนกลางคืนตื่นลุกขึ้น มาหายใจเหนื่อย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 กิโลกรัม ใน 1-2 วัน 13. ควบคุมอาหารและน้ำ โดยลดอาหารเค็ม อาหารมัน และอาหารหวาน ได้แก่ ขนมหวานทุกชนิด เครื่องดื่มที่มีรสหวาน น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง อาหารทอด อาหารที่มีไขมันสูง รวมทั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาหารแปรรูป อาหารหมักดอง มาการีน ผงชูรส ผงปรุงรสทุกชนิด เน้นการรับประทานผักและผลไม้ที่รสไม่หวาน และจำกัดน้ำดื่มไม่เกิน 1.5-2 ลิตร/วัน **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ สันนิษฐานว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูงวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ต้องให้การดูแลรักษาเร่งด่วน ด้วยการให้ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators) คือ Nitroglycerin (NTG) เพื่อลดแรงต้านการบีบตัวของหัวใจ ลดระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างเหมาะสม และยาขับปัสสาวะ เพื่อลดอาการน้ำเกิน น้ำท่วมปอด แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีอัตราการเต้นหัวใจเร็ว และได้รับ NTG dose สูง แต่ยังไม่สามารถลดระดับความดันโลหิตสูง ให้ได้ตามเป้าหมาย จึงได้รับ Labetalol ควบคู่กันไป ส่งผลให้ต้องระมัดระวังในการลดของความดันโลหิตที่เร็วเกินไป ซึ่งอาจทำให้อวัยวะสำคัญขาดเลือดไปเลี้ยงได้[8] ผลกระทบของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยรายนี้มีหลายประการ ได้แก่ ทำให้ไตได้รับเลือดไปเลี้ยงลดลง ประสิทธิภาพการกรองของเสียลดลง ทำให้ไตวายเฉียบพลัน (Cardiorenal Syndrome) ร่วมกับผู้ป่วยมีปริมาณปัสสาวะออกมาก จากการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะขนาดที่สูง ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีของเสียคั่งในร่างกายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบ ทำให้เกิดการ ติดเชื้อทางเดินหายใจ คือ ปอดอักเสบ เนื่องจากมีความชื้นในปอด โดยการติดเชื้อทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมน คอร์ติซอล อะดรีนาลีน ออกมามากขึ้น เพื่อกระตุ้นการสร้างพลังงาน ลดการอักเสบ และเพิ่มการทำงานของภูมิคุ้มกัน ในการต่อสู้กับเชื้อโรค ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้จะยับยั้งการทำงานของอินซูลิน ทำให้น้ำตาลไม่ถูกนำไปใช้ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น[10] การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้จึงมีความยุ่งยากในการบริหารสารน้ำ เนื่องจาก ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน การดูแลต้องขจัดน้ำส่วนเกิน[9] ส่วนการติดเชื้อในร่ากาย ภาวะขาดน้ำ ต้องทดแทนสารน้ำเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิต ดังนั้นการให้สารน้ำต้องทำอย่างระมัดระวัง เพื่อลดการทำงานของหัวใจ พร้อมกับฟื้นฟูประสิทธิภาพการทำงานของไต และแก้ไขภาวะขาดน้ำ โดยการให้สารน้ำแบบ Fluid Challenges ติดตามปริมาณน้ำเข้าและปัสสาวะที่ออกรายชั่วโมง รวมถึง

ประเมิน ติดตามภาวะขาดน้ำอย่างใกล้ชิด หลังจากให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีภาวะดังกล่าวดีขึ้น หายใจปกติ ไม่เหนื่อย ไม่มีน้ำคั่งในปอด หัวใจเต้นเป็นปกติ ไม่มีอาการและอาการแสดงของการขาดน้ำของเสีย ในเลือดลดลง และประสิทธิภาพการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แพทย์จึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และนัดติดตามอาการเป็นระยะๆ

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลในการบริหารสารน้ำในผู้ป่วยที่มีสภาวะโรคขัดแย้งกัน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและไตวายเฉียบพลัน ร่วมกับมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และติดเชื้อในร่างกาย

2. วางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ในการพิจารณาทำหัตถการใส่ Central Venous Catheter เพื่อวัดความดันเลือดดำส่วนกลาง (Central Venous Pressure - CVP) ในผู้ป่วยวิกฤต ที่ต้องประเมินความเพียงพอของสารน้ำในระบบการไหลเวียนเลือดอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินและขาดน้ำ

3. สร้างทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูงวิกฤตร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

เอกสารอ้างอิง

1. Metra M., Teerlink JR.(2017). Heart failure. Lancet 2017; 390: 1981- 1995.
2. Gallo G., Savoia C.(2024). Hypertension and Heart Failure: From Pathophysiology to Treatment. Int J Mol Sci 2024.; 25(12): 6661.
3. Sepulveda CP., Esmel EV.(2025). Hypertension and heart failure, a dangerous relationship. [Internet]. 2025 [cited 2026 January 10]. Available from: https://www.escardio.org/communities/councils/cardiology-practice/education/cardiopractice/hypertension-and-heart-failure-a-dangerous-relationship/
4. Ministry of Public Health.(2025). Reports from the health data center (HDC). Nonthaburi: Ministry of Public Health. [Internet]. 2025 [cited 2026 February 8]. Available from: https://hdc.moph.go.th/center/public/kpi/1/2025
5. Laothavorn P., Hengrussamee K., Kanjanavanit R., Moleerergpoom W., Laorakpongse D., Pachirat O. ...Sritara P.(2010). Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry (Thai ADHERE). [Internet]. 2010 [cited 2026 January 10]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1875457010000768
6. Triposkiadis F., Sarafidis P., Briasoulis A., Magouliotis DE., Athanasiou T. Skoularigis J. ... and Xanthopoulos A.(2023). Hypertensive Heart Failure. J. Clin. Med 2023; 12: 1-22.
7. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.(2567). รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2564,2565, 2566 [อินทราเน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
8. Vidt, D.G.(2007). Emergency Room Management of Hypertensive Urgencies and Emergencies. J Clin Hypertens (Greenwich) 2007; 3(3): 158 -164.
9. อาคม นงนุช.(2560). Cardiorenal syndrome [อินเทอร์เน็ต].2560 [สืบค้นเมื่อ 22 มีนาคม2569]. เข้าถึงจาก: https://cimjournal.com/nephro-conference/cardiorenal-syndrome/
10. Jennifer, M. (2023). How Does Sepsis Affect Your Blood Sugar?. [Internet]. 2023 https://www.healthline.com/health/sepsis-hyperglycemia

ผลของการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

Effects of Health Education Media and Home-based Continuous Care on New and Relapse Tuberculosis Patients at Tuberculosis Clinic, Kongkrailat Hospital, Sukhothai Province.

(Received: March 27,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

จันทนา เชื้อผู้ดี[1]
Jantana Cheuphudee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบทดสอบก่อนและหลังการทดลองกับกลุ่มควบคุม (two group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสื่อความรู้และเปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรม ความร่วมมือการป้องกันวัณโรค อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค และอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรค และศึกษาระดับความพึงพอใจภายหลังการใช้สื่อความรู้ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำจำนวน 62 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 31 รายเท่ากัน เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับวัณโรค 3) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อ 4) แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา 5) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกและผลลัพธ์ 6) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องดำเนินการ 24 สัปดาห์คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.68±3.90 คะแนนเป็น 18.06±1.96 คะแนนคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อเพิ่มขึ้นจาก 33.25±6.84 คะแนนเป็น 44.87±3.26 คะแนนคะแนนความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นจาก 35.16±7.23 คะแนนเป็น 46.39±2.48 คะแนน จากการทดสอบทางสถิติพบว่าเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$) อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคในกลุ่มทดลองเท่ากับร้อยละ 96.77 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ร้อยละ 77.42 อัตราการเสียชีวิตจากวัณโรคในกลุ่มทดลองเท่ากับร้อยละ 3.23 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ร้อยละ 6.45 และกลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยสูญหายจากการติดตามความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด (4.68±0.28 คะแนน)

คำสำคัญ: การให้ความรู้, การติดตามดูแลต่อเนื่อง, ผลลัพธ์การรักษาและอัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค

Abstract

This study was quasi-experimental research employed a two-group pretest-posttest design with a control group. The objectives were to: 1) develop health education media and compare knowledge levels, behaviors, cooperation in tuberculosis prevention, TB Success Rate, and TB Death Rate between the group receiving health education media and continuous home-based follow-up care and the group receiving standard care, and study patient satisfaction levels. The study was conducted over 24 weeks from August 2025 to March 2026. The sample consisted of 62 new and relapsed tuberculosis patients, divided into an experimental group of 31 patients and a control group of 31 patients. Research instruments included: 1) general information questionnaire, 2) tuberculosis knowledge assessment, 3) infection prevention behavior assessment, 4) treatment adherence assessment, 5) clinical data and treatment outcome records, and 6) program satisfaction assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test for pre-post comparisons, and independent t-test for between-group comparisons.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

Results showed that the health education media and continuous home-based follow-up care program was effective in improving knowledge, infection prevention behaviors, treatment adherence, and treatment outcomes. The program was implemented over 24 weeks, divided into 4 phases according to follow-up intensity, including health education, DOT supervision, home visits, and support network development. Evaluation results showed that knowledge scores increased from 11.68±3.90 to 18.06±1.96, infection prevention behavior scores increased from 33.25±6.84 to 44.87±3.26, and treatment adherence scores increased from 35.16±7.23 to 46.39±2.48. Statistical testing showed significant changes at the 0.05 level ($p<0.001$). The TB Success Rate in the experimental group was 96.77%, higher than the control group at 77.42%. The TB Death Rate in the experimental group was 3.23%, lower than the control group at 6.45%. The experimental group had no patients lost to follow-up. Satisfaction with the program was at the highest level (4.68±0.28).

Keywords: Health education, Continuous follow-up care, Treatment outcomes & TB Success Rate

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก วัณโรคกลับมาเป็นโรคติดเชื้อที่คร่าชีวิตสูงสุดในโลกอีกครั้งในปี 2023 โดยแซงหน้าโควิด-19 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.25 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่สูงถึง 10.8 ล้านคนทั่วโลก คิดเป็นอุบัติการณ์ 134 ต่อประชากรแสนคน องค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีประชากรมากกว่าหนึ่งในสี่ของโลกติดเชื้อวัณโรคแฝง และประมาณร้อยละ 5.00 จะพัฒนาเป็นวัณโรคในช่วงสองปีแรกหลังติดเชื้อ ปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนานยังคงเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข โดยมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 400,000 คนในปี 2023 แต่มีเพียงร้อยละ 44.00 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา[1]

ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 14 ประเทศที่องค์การอนามัยโลกจัดให้มีภาระวัณโรคสูงในทั้งสามกลุ่ม ได้แก่ วัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน[2] ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่มีจำนวนสูงปีละกว่าหนึ่งแสนราย เสียชีวิตมากกว่า 10,000 รายต่อปี อุบัติการณ์วัณโรคของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมามีแนวโน้มลดลง ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจุบันไทยยังคงพบปัญหาการรักษาไม่สำเร็จ โดยอัตราความสำเร็จของการรักษาคงที่ระหว่างร้อยละ 72-82[3]

การให้สื่อความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษาวัณโรค[4] พบว่า ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคที่ไม่เพียงพอเป็นสาเหตุหนึ่งของอัตราความสำเร็จในการรักษาที่ต่ำ การศึกษาในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ[5] พบว่า การให้การศึกษาสุขภาพร่วมกับโปรแกรมการรักษาและดูแลวัณโรคช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามระบบการรักษาจนสำเร็จได้ การติดตามดูแลต่อเนื่องเป็นอีกตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษา ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบต่อเนื่องสามารถเพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษา รวมถึงปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค เพื่อลดความเสี่ยงการแพร่กระจายวัณโรคในชุมชน การศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน[6] พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาไม่สำเร็จ ได้แก่ การไม่ได้รับการกำกับการกินยาแบบ DOTS มีความเสี่ยง 2.5 เท่า ทฤษฎี Chronic Care Model ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดสำหรับการดูแลโรคเรื้อรัง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากระบบสุขภาพ และการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ[7] ทฤษฎี Health Belief Model ใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย[8] และทฤษฎี Social Support Theory สำหรับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน[9] การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปฏิบัติตามการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค โดยการสนับสนุนทางสังคม

ประกอบด้วยการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ง่าย ความต่อเนื่องในบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

อำเภอกงไกรลาศ พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 69 คน (ชาย 17 คน หญิง 52 คน) และผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ 7 คน (ชาย 2 คน หญิง 5 คน) ในปี 2567 คิดเป็นอุบัติการณ์ประมาณ 179.00 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดของอำเภอกงไกรลาศ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า TB Success Rate อยู่ในระดับ 81.00-84.60 ร้อยละ ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายร้อยละ 88.00 TB Coverage Rate อยู่ในระดับ 62.00-79.00 ร้อยละ ยังไม่บรรลุเป้าหมายร้อยละ 85.00 และ TB Dead Rate อยู่ในระดับ 4.00-10.00 ร้อยละ ซึ่งในปี 2567 สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 5.00[10] ปัญหาที่พบในพื้นที่ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเป็นวัณโรคดื้อยา เนื่องจากปฏิเสธการรักษา ไม่ยินยอมให้มีผู้กำกับการกินยา มีความเสี่ยงสูงต่อการขาดการรักษา เช่น โรคจิตเวช คนเร่ร่อน ติดสุราเรื้อรัง ใช้สารเสพติด และไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

จากสถานการณ์ดังกล่าว การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญในการปรับปรุงผลลัพธ์การรักษาและลดการแพร่กระจายของโรค การสร้างองค์ความรู้ด้านการพยาบาลวัณโรคในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนควบคุมวัณโรค และเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนเป้าหมายการยุติวัณโรคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมความร่วมมือการป้องกันวัณโรค อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค (TB Success Rate) อัตราการเสียชีวิตจากวัณโรค (TB Death Rate) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยของผู้ป่วยหลังการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

วิธีการวิจัย

การศึกษาผลของการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ Two group experimental Design ที่มีการติดตามผลระยะสั้นและระยะกลาง ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 8 เดือน โดยมีการประเมินผลก่อนการทดลอง (Pretest) ในสัปดาห์ที่ 1 หลังการทดลองเสร็จสิ้น (Posttest) ในสัปดาห์ที่ 12 และติดตามผลต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโปรแกรม (Follow-up) ในสัปดาห์ที่ 16 และสัปดาห์ที่ 24

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ในช่วงเดือนระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จำนวน 62 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 31 คน และกลุ่มควบคุม 31 คน โดยใช้สูตรการเปรียบเทียบสัดส่วนของสองกลุ่มอิสระ (Two-proportion z-test) คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยใช้การออกแบบวิจัยแบบกึ่ง

ทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (Quasi-experimental with control group design)

เครื่องมือวิจัย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับวัณโรค 3) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อ 4) แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา 5) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกและผลลัพธ์การรักษา และ 6) แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และ อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค (TB Success Rate) อัตราการเสียชีวิตจากวัณโรค (TB Death Rate) ทำการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรค พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อ ความร่วมมือในการรักษา และระดับความพึงพอใจต่อการบริการ โดยใช้สถิติพรรณนาและเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการพัฒนาโปรแกรม การสังเกตพฤติกรรมระหว่างการประเมิน การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการถอดบทเรียนจากการดำเนินโปรแกรมใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการแจกแจงข้อมูล การจัดหมวดหมู่ การสกัดประเด็นสำคัญ และการตีความหมาย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธี Triangulation

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1) การพัฒนาสื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย โปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ฉบับสมบูรณ์ที่พร้อมนำไปใช้งานประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ โครงสร้างโปรแกรม กำหนดระยะเวลา 24 สัปดาห์ แบ่งเป็น 4 ระยะตามความเข้มข้นของการติดตาม ประกอบด้วย ระยะที่ 1 สร้างพื้นฐานความรู้ (สัปดาห์ 1-4) เยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที ระยะที่ 2 เข้มข้นการติดตาม DOT (สัปดาห์ 5-8) เยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ระยะที่ 3 จัดการปัญหาและสร้างความเข้มแข็ง (สัปดาห์ 9-16) เยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และระยะที่ 4 เตรียมความพร้อมการดูแลตนเองระยะยาว (สัปดาห์ 17-24) เยี่ยมบ้านเดือนละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที พร้อมการติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่องตลอดโปรแกรม สื่อการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย คู่มือผู้ป่วยวัณโรค ขนาด A5 จำนวน 52 หน้า แบ่งเป็น 5 บท ครอบคลุมเนื้อหา 12 หัวข้อหลัก มีภาพประกอบ 52 ภาพ พร้อมตัวอย่างเมนูอาหารรายวัน 7 วัน และสูตรอาหาร 10 เมนู แผ่นพับความรู้ 6 ชุด ขนาด A4 พับครึ่ง พิมพ์สี 4 สี ครอบคลุมหัวข้อสำคัญ วิดีโอสาธิต 4 เรื่อง ระยะเวลา 5-10 นาที มีคำบรรยายใต้ภาพ บันทึกในรูปแบบ MP4 โปสเตอร์ความรู้ 8 แผ่น ขนาด A3 สมุดบันทึกการรับประทานยา ขนาด A5 จำนวน 60 หน้า มีช่องบันทึกหมายเลขโทรศัพท์

ติดต่อ 5 หมายเลข ใบความรู้เสริม 12 ชุด ขนาด A4 และคู่มือบุคลากร จำนวน 80 หน้า ครอบคลุมรายละเอียดการดำเนินงานทุกขั้นตอน และระบบสนับสนุน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ 12 คน ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน คู่มือการดำเนินงานและคู่มือย่อพกพา รายการตรวจสอบ (Checklist) สำหรับทุกกิจกรรม แบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลมาตรฐาน 5 แบบ ระบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และระบบการประเมินผลที่ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อ ความร่วมมือในการรักษา ผลลัพธ์ทางคลินิก (TB Success Rate, TB Death Rate) และความพึงพอใจ โดยมีการประเมินก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 16 และ 24 โปรแกรมและสื่อทั้งหมดผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ และกลุ่มเป้าหมาย มีค่า IOC เฉลี่ย 0.89 คะแนนคุณภาพสื่อเฉลี่ย 4.5/5.0 และความพึงพอใจจากกลุ่มเป้าหมายเฉลี่ย 4.6/5.0 แสดงว่าโปรแกรมและสื่อมีคุณภาพสูง มีความเหมาะสม และพร้อมสำหรับการนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. การเปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรม ความร่วมมือการป้องกันวัณโรค อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค (TB Success Rate) อัตราการเสียชีวิตจากวัณโรค (TB Death Rate) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1) กลุ่มทดลอง ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในกลุ่มทดลองจำนวน 31 ราย พบว่า ด้านเพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.29 และเพศชาย จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.71 ด้านอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-69 ปี จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.48 รองลงมาอายุ 50-59 ปี จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.58 อายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.13 อายุ 40-49 ปี จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.68 และอายุ 30-39 ปี จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.13 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 56.84 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.28 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี และอายุสูงสุด 76 ปี ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.74 รองลงมามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.35 ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.68 และอนุปริญญา/ปวส. จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.23 ตามลำดับ อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.16 รองลงมารับจ้างทั่วไป จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.71 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.68 ว่างงาน จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.45 ตามลำดับรายได้ครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.52 รองลงมา 10,000-20,000 บาท จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.03 และ 20,001-30,000 บาท จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.45 ตามลำดับ โดยมีรายได้เฉลี่ย 10,161 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4,580 บาท สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.19 รองลงมาหย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.90 โสด จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.68 และหม้าย จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.23 ตามลำดับ ประเภทวัณโรค ส่วนใหญ่เป็นวัณโรครายใหม่ จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.10 และวัณโรคกลับเป็นซ้ำ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.90 การมีโรคประจำตัวร่วม ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วม จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.65 และไม่มีโรคประจำตัวร่วม จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.35 โดยโรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุด คือ ติดสุรา จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.94 รองลงมา ความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ราย

คิดเป็นร้อยละ 38.71 เบาหวาน จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.81 โรคหัวใจ จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.68 โรคไตเรื้องรัง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.45 ถุงลมโป่งพอง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.45 และใช้สารเสพติด จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.45 ตามลำดับ

1.2) กลุ่มควบคุม ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในกลุ่มควบคุมจำนวน 31 ราย พบว่า ด้านเพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 18 ราย ร้อยละ 58.1 และเพศหญิง จำนวน 13 ราย ร้อยละ 41.9 ด้านอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50-59 ปี จำนวน 10 ราย ร้อยละ 32.3 รองลงมาอายุ 40-49 ปี จำนวน 9 ราย ร้อยละ 29.0 อายุ 30-39 ปี จำนวน 7 ราย ร้อยละ 22.6 อายุ 60-69 ปี จำนวน 3 ราย ร้อยละ 9.7 และอายุ 18-29 ปี จำนวน 2 ราย ร้อยละ 6.5 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 45.6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.2 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 67 ปี ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 13 ราย ร้อยละ 41.9 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 8 ราย ร้อยละ 25.8 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 6 ราย ร้อยละ 19.4 ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 3 ราย ร้อยละ 9.7 และปริญญาตรี จำนวน 1 ราย ร้อยละ 3.2 ตามลำดับ อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 14 ราย ร้อยละ 45.2 รองลงมารับจ้างทั่วไป จำนวน 7 ราย ร้อยละ 22.6 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 4 ราย ร้อยละ 12.9 ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 3 ราย ร้อยละ 9.7 พนักงานบริษัทเอกชน จำนวน 2 ราย ร้อยละ 6.5 และว่างงาน จำนวน 1 ราย ร้อยละ 3.2 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท จำนวน 15 ราย ร้อยละ 48.4 รองลงมาน้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 11 ราย ร้อยละ 35.5 20,001-30,000 บาท จำนวน 4 ราย ร้อยละ 12.9 และ 30,001-50,000 บาท จำนวน 1 ราย ร้อยละ 3.2 ตามลำดับ โดยมีรายได้เฉลี่ย 13,920 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7,850 บาท สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน จำนวน 21 ราย ร้อยละ 67.7 รองลงมาโสด จำนวน 5 ราย ร้อยละ 16.1 หม้าย จำนวน 3 ราย ร้อยละ 9.7 และหย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน 2 ราย ร้อยละ 6.5 ตามลำดับ ประเภทวัณโรค ส่วนใหญ่เป็นวัณโรครายใหม่ จำนวน 25 ราย ร้อยละ 80.6 และวัณโรคกลับเป็นซ้ำ จำนวน 6 ราย ร้อยละ 19.4 การมีโรคประจำตัวร่วม ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร่วม จำนวน 16 ราย ร้อยละ 51.6 รองลงมาเบาหวาน จำนวน 8 ราย ร้อยละ 25.8 ความดันโลหิตสูง จำนวน 6 ราย ร้อยละ 19.4 และโรคอื่นๆ จำนวน 1 ราย ร้อยละ 3.2 ตามลำดับ

2) การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวัณโรครายข้อ ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 5.84 ± 1.95 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 58.40 อยู่ในระดับความรู้ปานกลาง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 9.03 ± 0.98 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90.30 อยู่ในระดับความรู้ดีมาก

3) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อ ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 33.25 ± 6.84 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 66.50 อยู่ในระดับ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ เพิ่มขึ้นเป็น 44.87 ± 3.26 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 89.74 อยู่ในระดับเหมาะสม

4) การเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษา รายข้อ ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ความร่วมมือ

ในการรักษาของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 35.16 ± 7.23 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 70.32 อยู่ในระดับพอใช้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 46.39 ± 2.48 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 92.78 อยู่ในระดับเหมาะสม

5) การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคภาพรวม ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีค่าเฉลี่ย 11.68 ± 3.90 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 58.40 อยู่ในระดับความรู้ปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 18.06 ± 1.96 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90.30 อยู่ในระดับความรู้มาก โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 6.38 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 54.61 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 12.45, 95%CI = 5.04-7.72, p-value <0.001)

6) การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า กลุ่มควบคุม มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 12.35 ± 3.68 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 61.75 อยู่ในระดับความรู้ปานกลาง การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ด้วยสถิติ Independent t-test ในภาพรวมพบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 12.35 ± 3.68 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 61.75 อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 18.06 ± 1.96 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90.30 อยู่ในระดับมาก โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 5.71 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 28.55 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้โดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 7.82, 95%CI = 4.25-7.17, p-value <0.001)

7) การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อภาพรวม ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีค่าเฉลี่ย 33.25 ± 6.84 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 66.50 อยู่ในระดับพอใช้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 44.87 ± 3.26 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 89.74 อยู่ในระดับเหมาะสม โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 11.62 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 34.95 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 10.52, 95%CI = 9.35-13.89, p-value <0.001)

8) การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า กลุ่มควบคุม พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 34.58 ± 6.42 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 69.16 อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 15.82, 95%CI = 6.07-7.81, p-value <0.001)

10) การเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มควบคุม พบว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 36.42 ± 6.85 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 72.84 อยู่ในระดับพอใช้ การเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ด้วยสถิติ Independent t-test ในภาพรวมพบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 36.42 ± 6.85 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 72.84 อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 46.39 ± 2.48 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 92.78 อยู่ในระดับเหมาะสม โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 9.97 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 19.94 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 6.95, 95%CI = 7.11-12.83, p-value <0.001) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรม และความร่วมมือเกี่ยวกับวัณโรค ก่อน-หลัง โปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย (n=31)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{d}$	t	95%CI	p-value
ความรู้							
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	11.68	3.90	ปานกลาง	6.38	12.45	5.04, 7.72	<0.001*
- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	18.06	1.96	มาก				
พฤติกรรม							
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	33.25	6.84	พอใช้	11.62	10.52	9.35, 13.89	<0.001*
- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	44.87	3.26	เหมาะสม				
ความร่วมมือ							
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	35.16	7.23	พอใช้	11.23	9.65	8.87, 13.59	<0.001*
- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	46.39	2.48	เหมาะสม				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

11) การเปรียบเทียบข้อมูลทางคลินิกและผลลัพธ์การรักษา ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

11.1) การเปรียบเทียบน้ำหนักตัวภาพรวม ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่าน้ำหนักตัวของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีค่าเฉลี่ย 52.48 ± 8.65 กิโลกรัม หลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 13) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 56.87 ± 8.42 กิโลกรัม โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 4.39 ± 1.87 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 8.37 และเมื่อติดตามผลต่อเนื่อง (สัปดาห์ที่ 24) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 58.94 ± 8.38 กิโลกรัม โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 6.46 ± 2.15 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 12.31 เมื่อทดสอบความแตกต่างของน้ำหนักตัวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าน้ำหนักตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 13) มี

แนวโน้มเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (t = 13.05, 95%CI = 3.71-5.07, p-value <0.001) และเมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับการติดตามผล (สัปดาห์ที่ 24) พบว่าน้ำหนักตัวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (t = 16.72, 95%CI = 5.68-7.24, p-value <0.001)

11.2) การเปรียบเทียบน้ำหนักตัวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย จากการเปรียบเทียบน้ำหนักตัวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ด้วยสถิติ Independent t-test มีรายละเอียดดังนี้ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 51.94 ± 9.12 กิโลกรัม ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 52.48 ± 8.65 กิโลกรัม โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 0.54 กิโลกรัม เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 0.24, 95%CI = -3.52, 4.60, p-value = 0.813) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีน้ำหนักตัวเริ่มต้นที่ใกล้เคียงกัน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 13) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 54.26 ± 8.95 กิโลกรัม มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 2.32 ± 1.45 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 4.47 ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 56.87 ± 8.42 กิโลกรัม มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 4.39 ± 1.87 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 8.37 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม 2.61 กิโลกรัม เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 1.18, 95%CI = -1.86, 7.08, p-value = 0.242) ทั้งนี้อาจเนื่องจากน้ำหนักตัวเป็นตัวแปรที่มีปัจจัยหลายอย่างมาเกี่ยวข้องและควบคุมได้ยากติดตามผล (สัปดาห์ที่ 24) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 55.48 ± 8.87 กิโลกรัม มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วม 3.54 ± 1.68 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 6.82 ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 58.94 ± 8.38 กิโลกรัม มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วม 6.46 ± 2.15 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 12.31 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม 3.46 กิโลกรัม เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมเกือบเท่าตัว แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 1.58, 95%CI = -1.02, 7.94, p-value = 0.120)

11.3) การเปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินภาพรวม ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ระดับฮีโมโกลบินของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีค่าเฉลี่ย 10.84 ± 1.53 กรัมต่อเดซิลิตร หลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 13) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 12.16 ± 1.28 กรัมต่อเดซิลิตร โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 1.32 ± 0.68 กรัมต่อเดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 12.18 และเมื่อติดตามผลต่อเนื่อง (สัปดาห์ที่ 24) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 12.68 ± 1.15 กรัมต่อเดซิลิตร โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 1.84 ± 0.75 กรัมต่อเดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 16.97 เมื่อทดสอบความแตกต่างของระดับฮีโมโกลบินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าระดับฮีโมโกลบินหลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 13) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (t = 10.80, 95%CI = 1.07-1.57, p-value <0.001) และเมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับการติดตามผล (สัปดาห์ที่ 24) พบว่าระดับฮีโมโกลบินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (t = 13.65, 95%CI = 1.57-2.11, p-value <0.001)

11.4) การเปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย จากการเปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 10.92 ± 1.48 กรัมต่อเดซิลิตร ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 10.84 ± 1.53 กรัมต่อเดซิลิตร โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 0.08 กรัมต่อเดซิลิตร เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับฮีโมโกลบินไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 0.21, 95%CI = -0.70, 0.86, p-value = 0.835) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 13) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 11.45 ± 1.42 กรัมต่อเดซิลิตร มีระดับฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้น 0.53 ± 0.52 กรัมต่อเดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 4.85 ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 12.16 ± 1.28 กรัมต่อเดซิลิตร มีระดับฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้น 1.32 ± 0.68 กรัมต่อเดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 12.18 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม 0.71 กรัมต่อเดซิลิตร เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับฮีโมโกลบินสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.15, 95%CI = 0.06, 1.36, p-value = 0.036) ติดตามผล (สัปดาห์ที่ 24) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 11.87 ± 1.38 กรัมต่อเดซิลิตร มีระดับฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วม 0.95 ± 0.63 กรัมต่อเดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 8.70 ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 12.68 ± 1.15 กรัมต่อเดซิลิตร มีระดับฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วม 1.84 ± 0.75 กรัมต่อเดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 16.97 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม 0.81 กรัมต่อเดซิลิตร เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับฮีโมโกลบินสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.49, 95%CI = 0.16, 1.46, p-value = 0.016)

11.5) การเปรียบเทียบผลการตรวจเสมหะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย จากการเปรียบเทียบผลการตรวจเสมหะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ด้วยสถิติ Chi-square test ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมมีผลการตรวจเสมหะเป็นบวก (Positive) จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.10 และเป็นลบ (Negative) จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.90 ส่วนกลุ่มทดลองมีผลการตรวจเสมหะเป็นบวก (Positive) จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.32 และเป็นลบ (Negative) จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.68 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนผลการตรวจเสมหะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 0.18, p-value = 0.674) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีสถานการณ์ติดเชื้อในระยะเริ่มต้นที่ใกล้เคียงกัน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 13) กลุ่มควบคุมมีผลการตรวจเสมหะเป็นบวก (Positive) จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.58 และเป็นลบ (Negative) จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.42 คิดเป็นอัตราการเปลี่ยนเป็นลบร้อยละ 77.42 ส่วนกลุ่มทดลองมีผลการตรวจเสมหะเป็นบวก (Positive) จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.45 และเป็นลบ (Negative) จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.55 คิดเป็นอัตราการเปลี่ยนเป็นลบร้อยละ 93.55 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเปลี่ยนผลเสมหะจากบวกเป็นลบสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 3.28, p-value = 0.070) ติดตามผล (สัปดาห์ที่ 24) กลุ่มควบคุมมีผลการตรวจเสมหะเป็นบวก (Positive) จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.68 และเป็นลบ (Negative) จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.32 คิดเป็นอัตราการเปลี่ยนเป็นลบร้อยละ 90.32 ส่วนกลุ่มทดลองมีผลการตรวจเสมหะเป็นลบ (Negative) ทั้งหมด 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.00 คิดเป็นอัตราการเปลี่ยนเป็นลบร้อยละ 100.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเปลี่ยนผลเสมหะจากบวกเป็น

ลบสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 3.10, p-value = 0.078)

3. การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำต่อโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (n=31) พบว่า ผู้เข้าร่วมทุกคน (ร้อยละ 100.0) มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยโดยรวม 4.68 คะแนน (SD=0.28) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 93.60 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 5.5 ประโยชน์ที่ได้รับจากการเยี่ยมบ้าน มีคะแนนสูงสุด 4.87 คะแนน (SD=0.34) รองลงมาคือ ข้อที่ 5.10 ความพึงพอใจโดยรวม 4.84 คะแนน (SD=0.37) ข้อที่ 5.3 ทัศนคติของบุคลากรสุขภาพ 4.81 คะแนน (SD=0.40) ข้อที่ 5.1 ความชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับ 4.77 คะแนน (SD=0.43) และ ข้อที่ 5.6 ความเหมาะสมของสื่อการให้ความรู้ 4.74 คะแนน (SD=0.44) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ ข้อที่ 5.4 ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ มีคะแนน 4.45 คะแนน (SD=0.57) รองลงมาคือ ข้อที่ 5.8 ความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร 4.52 คะแนน (SD=0.57) และข้อที่ 5.2 ความเหมาะสมของเวลาให้บริการ 4.58 คะแนน (SD=0.50) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เข้าร่วมทุกราย (ร้อยละ 100.0) แสดงความประสงค์ที่จะแนะนำโปรแกรมนี้ให้ผู้ป่วยวัณโรครายอื่น และร้อยละ 96.77 จะนำความรู้ไปใช้ต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ขณะที่ร้อยละ 93.55 ต้องการมีการติดตามดูแลต่อเนื่องแบบนี้ในอนาคต โดยผู้เข้าร่วมให้ความเห็นว่า "การเยี่ยมบ้านช่วยให้รู้สึกได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด" (4.87 คะแนน) และ "บุคลากรสุขภาพให้คำแนะนำที่เข้าใจง่ายและเป็นประโยชน์" (4.81 คะแนน) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในการศึกษานี้ใช้กระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามแบบจำลอง ADDIE Model ประกอบด้วยห้าขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวิเคราะห์ การออกแบบ การพัฒนา การนำไปใช้ และการประเมินผล โดยบูรณาการกรอบแนวคิดทางทฤษฎีสามทฤษฎีหลัก ได้แก่ Chronic Care Model ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและการสนับสนุนจากระบบสุขภาพ Health Belief Model ที่เน้นการสร้างการรับรู้ถึงความรุนแรงและความเสี่ยงของโรค และ Social Support Theory ที่เน้นการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การบูรณาการทฤษฎีทั้งสามนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรศักดิ์ คอร์ต่วง และคณะ[5] ที่พบว่าการใช้แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED ช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค ปรับปรุงทัศนคติต่อการรักษา และเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในระยะการวิเคราะห์ การทบทวนข้อมูลสถิติผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคย้อนหลังสามปีพบว่าอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด และจากการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพพบปัญหาหลักห้าประการ คือ ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ ไม่ปฏิบัติตามการรักษา ขาดการสนับสนุนทางสังคม การติดตามไม่ต่อเนื่อง และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธีระวีร์ ธะวีวิเศษพงษ์ และคณะ[6] ที่ระบุว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่สำเร็จ ได้แก่ การไม่ได้รับการกำกับการกินยาแบบ DOTS อย่างต่อเนื่อง การมีโรคร่วม และการขาดการติดตามที่เป็นระบบ การค้นพบนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมที่ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้

การสร้างทักษะ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง การออกแบบโปรแกรมกำหนดระยะเวลาสองสิบสี่สัปดาห์แบ่งเป็นสี่ระยะตามความเข้มข้นของการติดตาม โดยระยะแรกเน้นการสร้างพื้นฐานความรู้ ระยะที่สองเข้มข้นการติดตาม DOT ระยะที่สามจัดการปัญหาและสร้างความเข้มแข็ง และระยะสุดท้ายเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลตนเองระยะยาว การออกแบบที่มีความเข้มข้นลดลงตามลำดับนี้สอดคล้องกับหลักการของ Adult Learning Theory และ Chronic Care Model ที่เน้นการสร้างความเป็นอิสระให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในระยะยาว โดยมีการติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละหนึ่งครั้งอย่างต่อเนื่องตลอดโปรแกรม ซึ่งช่วยลดภาระการเดินทางของผู้ป่วยและเพิ่มการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของปริญญา คำวิชาร์ และคณะ[11] การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายประกอบด้วยคู่มือผู้ป่วย แผ่นพับความรู้ วิดีโอสาธิต โปสเตอร์ สมุดบันทึกการรับประทานยา และใบความรู้เสริม โดยใช้ภาษาไทยที่เข้าใจง่ายเหมาะสมกับระดับการศึกษาของกลุ่มเป้าหมายที่ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา การออกแบบสื่อให้มีภาพประกอบชัดเจนและตัวอย่างเชิงปฏิบัติช่วยเพิ่มความเข้าใจและการจดจำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yousif และคณะ[12]

การเปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมความร่วมมือการป้องกันวัณโรค อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค และอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรค ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยด้านที่มีความแตกต่างมากที่สุดคือความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการใช้ยารองลงมาคือความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและการแพร่กระจายของวัณโรค ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรศักดิ์ คอร์ต่วง และคณะ[5] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Guo และคณะ[13] การเพิ่มขึ้นของความรู้ในกลุ่มทดลองเกิดจากการได้รับการให้ความรู้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องผ่านสื่อที่หลากหลายและเข้าใจง่าย ร่วมกับการเยี่ยมบ้านที่ให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามและทบทวนความเข้าใจ พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากระดับพอใช้เป็นระดับเหมาะสม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านที่มีการปรับปรุงมากที่สุดคือการดูแลสุขภาพและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง รองลงมาคือการใช้หน้ากากและการรักษาความสะอาด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wei และคณะ[14] และการประเมินพฤติกรรมจริงขณะเยี่ยมบ้านที่ช่วยให้บุคลากรสามารถแก้ไขข้อบกพร่องได้ทันที นอกจากนี้การติดโปสเตอร์ความรู้ไว้ที่บ้านผู้ป่วยช่วยเตือนความจำและเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากระดับพอใช้เป็นระดับเหมาะสม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน โดยด้านที่มีความแตกต่างมากที่สุดคือการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา รองลงมาคือการมาพบแพทย์ตามนัด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sekandi และคณะ[15] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Story และคณะ[16] อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมาก โดยกลุ่มทดลองบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ขณะที่กลุ่มควบคุมยังไม่บรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้กลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยสูญหายจากการติดตามเลย ขณะที่กลุ่มควบคุมมีอัตราการสูญหายสูง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wei และคณะ[14] อัตราการเสียชีวิตจากวัณโรคในกลุ่มทดลองต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีลักษณะที่ท้าทายต่อ

การรักษามากกว่ากลุ่มควบคุม คือ มีอายุเฉลี่ยสูงกว่า มีโรคประจำตัวร่วมมากกว่า โดยเฉพาะปัญหาติดสุราที่พบสูงมากในกลุ่มทดลอง ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงสูงต่อการรักษาไม่สำเร็จและการเสียชีวิต สอดคล้องกับแนวคิดของธีระวีร์ ธะวีวิเศษพงษ์ และคณะ[6]

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการให้สื่อความรู้และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบว่าผู้เข้าร่วมทุกรายมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Story และคณะ[16] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Guo และคณะ[13] เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่ผู้เข้าร่วมให้คะแนนสูงสุดคือประโยชน์ที่ได้รับจากการเยี่ยมบ้าน รองลงมาคือความพึงพอใจโดยรวม และทัศนคติของบุคลากรสุขภาพ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการเยี่ยมบ้านเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการสร้างความรู้สึกได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและเป็นรายบุคคล สอดคล้องกับหลักการของ Chronic Care Model ที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพที่มีคุณภาพ ทัศนคติที่ดีของบุคลากรสุขภาพที่ให้คำแนะนำอย่างอดทนและเข้าใจง่าย ช่วยสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือในการรักษา ความชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับและความเหมาะสมของสื่อการให้ความรู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาสื่อที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมีความสำคัญต่อความสำเร็จของโปรแกรม โดยเฉพาะการใช้ภาพประกอบและตัวอย่างเชิงปฏิบัติที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาส่วนใหญ่สามารถเข้าใจได้ง่าย ส่วนข้อที่ได้คะแนนต่ำสุดแม้จะยังคงอยู่ในระดับมากคือความสะดวกในการเข้าถึงบริการ รองลงมาคือความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร และความเหมาะสมของเวลาให้บริการ ข้อค้นพบนี้สะท้อนถึงข้อจำกัดของพื้นที่บริการที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ชนบทที่มีผู้ป่วยบางรายอาศัยอยู่ห่างไกล การเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลอาจเป็นอุปสรรคสำหรับผู้ป่วยบางราย โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ความสะดวกในการติดต่อสื่อสารที่ได้คะแนนต่ำอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยบางรายไม่คุ้นเคยกับการใช้เทคโนโลยีหรือไม่มีสมาร์ทโฟน ซึ่งแนวทางแก้ไขในอนาคตอาจรวมถึงการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพิ่มเติม เช่น แอปพลิเคชันไลน์หรือการโทรศัพท์ผ่านวิดีโอ ตามที่ปริญญา คำวิชาร์ และคณ[11] แนะนำว่าการบำบัดแบบสังเกตด้วยวิดีโอผ่านสมาร์ตโฟนมีประสิทธิภาพและสะดวกกว่าการเยี่ยมบ้านแบบดั้งเดิม ผู้เข้าร่วมทุกรายแสดงความประสงค์ที่จะแนะนำโปรแกรมนี้ให้ผู้ป่วยวัณโรครายอื่น และเกือบทั้งหมดจะนำความรู้ไปใช้ต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ข้อค้นพบนี้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพและประโยชน์ของโปรแกรมที่ผู้เข้าร่วมรับรู้ การที่ผู้ป่วยยินดีแนะนำโปรแกรมให้ผู้อื่นแสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจในระดับสูงและความเชื่อมั่นในประโยชน์ของโปรแกรม ซึ่งจะช่วยในการขยายผลโปรแกรมไปยังผู้ป่วยรายอื่นผ่านการบอกต่อแบบปากต่อปาก การที่ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ต้องการมีการติดตามดูแลต่อเนื่องในอนาคตแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการติดตามอย่างต่อเนื่องและรู้สึกว่าการติดตามนี้มีคุณค่าต่อสุขภาพของตน สอดคล้องกับหลักการของ Chronic Care Model ที่เน้นการดูแลระยะยาวและการติดตามอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เสริมความเข้าใจเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วม โดยผู้เข้าร่วมให้ความเห็นว่าการเยี่ยมบ้านช่วยให้รู้สึกได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและไม่ถูกทอดทิ้ง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์นอกเหนือจากการรักษาทางการแพทย์ บุคลากรสุขภาพที่ให้คำแนะนำเข้าใจง่ายและเป็นประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน การใช้ภาษาที่

เรียบง่ายและตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วยทำให้ความรู้สามารถถ่ายทอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความพึงพอใจในระดับสูงนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาและผลลัพธ์การรักษาที่ดีที่เห็นในกลุ่มทดลอง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกงไกรลาศ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือและปรับปรุงโปรแกรมสื่อ ขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากโรงพยาบาลกงไกรลาศ ที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาโปรแกรม ขอบคุณผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวที่เข้าร่วมการศึกษาด้วยความเต็มใจ รวมทั้งขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำปรึกษาในการปรับปรุงเครื่องมือ สุดท้ายนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization.(2024). Global tuberculosis report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024.

2.กองวัณโรค.(2564). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

3.กองวัณโรค.(2567). สถานการณ์และผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562-2566. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567.

4.Okanurak K, Kitayaporn D, Wanarangsikul W, Koompong C.(2551). Factors contributing to treatment success among tuberculosis patients: a prospective cohort study in Bangkok. Int J Tuberc Lung Dis. 2551;12(10):1160-5.

5.พรศักดิ์ คอร์ต่วง, ลักษณา อุดมศักดิ์, วรรณี พิมพ์วิจิตรชัย, ปิยะพงษ์ หล่อวัฒนา, สมเดช เจริญรัตน์, มธุรส อุมาปร.(2556). โปรแกรมการศึกษาสุขภาพแบบไทยเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติตามของผู้ป่วยวัณโรคแรงงานข้ามชาติ. วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย. 2556;96(3):365-73.

6.ธีระวีร์ ธะวีวิเศษพงษ์, อชิรา สมิตนันทน์, วศิน ดวงอินทร์.(2563). ลักษณะของผลลัพธ์การรักษาวัณโรคที่ไม่สำเร็จในผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย. Int J Gen Med. 2563;13:1215-23.

7.Wagner EH, Austin BT, Von Korff M.(1996). Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996;74(4):511-44.

8.Rosenstock IM.(1966). Why people use health services. Milbank Mem Fund Q. 1966;44(3):94-127.

9.สฤษดิ์วงษา เศรษฐกุล, พิมพ์ทิพย์ ศรีสุข, สุรีย์พร แก้วมณี.(2560). การสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติตามการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารพยาบาลโรคเรื้อรัง. 2560;28(3):45-62.

10.ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข.(2566). ข้อมูลประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี จังหวัดสุโขทัย ปี 2566 [Internet]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 8 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th

11.ปริญญา คำวิชาร์, ธนวัจน์ ประปทว์, วิเชียร จงสุวิวัฒน์วงศ์.(2567). การปฏิบัติตามการรักษาวัณโรคภายใต้การบำบัดแบบสังเกตด้วยวิดีโอผ่านสมาร์ตโฟนเทียบกับการบำบัดแบบสังเกตโดยตรงในชุมชน: การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม. JMIR mHealth uHealth. 2567;12:e53411.

12.Yousif K, El Maki M, Babikir RK, Abuaisha H.(2021). The effect of an educational intervention on awareness of various aspects of pulmonary tuberculosis in patients with the disease. East Mediterr Health J. 2021;27(3):234-42.

13.Guo P, Qiao W, Sun Y, Liu F, Wang C.(2020). Telemedicine technologies and tuberculosis management: A randomized controlled trial. Telemed J E Health. 2020;26(9):1150-6.

14.Wei X, Zou G, Yin J, Walley J, Yang H, Kliner M, et al.(2024). Effectiveness of a comprehensive package based on electronic medication monitors at improving treatment outcomes among tuberculosis patients in Tibet: A multicentre randomized controlled trial. Lancet Glob Health. 2024;12(4):e567-76.

15.Sekandi JN, Buregyeya E, Zalwango S, Nakkonde D, Kaggwa P, Quach THT, et al.(2025). Effectiveness of a mobile health intervention (DOT Selfie) in increasing treatment adherence monitoring and support for patients with tuberculosis in Uganda: Randomized controlled trial. JMIR mHealth uHealth. 2025;13(1):e57991.

16.Story A, Aldridge RW, Smith CM, Garber E, Hall J, Ferenando G, et al. (2019). Smartphone-enabled video-observed versus directly observed treatment for tuberculosis: A multicentre, analyst-blinded, randomised, controlled superiority trial. Lancet. 2019;393(10177):1216-24.

ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการในผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านและโรงพยาบาล โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

Effects of Integrated Pharmaceutical Care for Palliative Care Patients at Home and Hospital, Bamnet Narong Hospital, Chaiyaphum Province.

(Received: March 24,2026 ; Revised: March 26,2026 ; Accepted: March 28,2026)

ฝนทิพย์ แววนำ[1]
Fontip Waewnam[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการต่อปัญหาด้านยา ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วยประคับประคอง ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยประคับประคอง 32 ราย ผู้ดูแลหลัก 32 คน และทีมสหวิชาชีพ 10 คน ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงกรกฎาคม 2568 รูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้บริการ ณ โรงพยาบาล การเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินปัญหาด้านยาตามเกณฑ์ PCNE DRP Classification V9.1 แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาตามเกณฑ์ NCC MERP แบบประเมินความปวด Numeric Rating Scale และแบบสอบถามความพึงพอใจมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้ Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนปัญหาด้านยาต่อรายและระดับความปวดก่อนและหลังการทดลอง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ จำนวนปัญหาด้านยาลดลงจาก 66 ปัญหา เป็น 34 ปัญหา หรือคิดเป็นร้อยละ 48.5 โดยค่าเฉลี่ยจำนวนปัญหาด้านยาต่อรายลดลงจาก 2.06 ± 1.21 เป็น 1.06 ± 0.84 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงจาก 6.25 เป็น 2.08 ต่อ 1,000 วันนอน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ระดับความปวดในผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วนจำนวน 22 ราย ลดลงจาก 5.68 ± 2.14 เป็น 2.27 ± 1.88 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.62 ± 0.40, 4.66 ± 0.39 และ 4.76 ± 0.35 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุดทุกกลุ่ม

คำสำคัญ: การบริบาลทางเภสัชกรรม, ผู้ป่วยประคับประคอง, ปัญหาด้านยา, ความคลาดเคลื่อนทางยา, การเยี่ยมบ้าน

Abstract

This study aimed to evaluate the effects of integrated pharmaceutical care on drug-related problems (DRPs), medication errors, pain levels, and satisfaction among palliative care patients, caregivers, and multidisciplinary team members at Bamnet Narong Hospital, Chaiyaphum Province. A quasi-experimental one-group pretest-posttest design was employed. The sample comprised 32 palliative care patients, 32 primary caregivers, and 10 multidisciplinary team members, with data collected from February to July 2025. The intervention consisted of three components: hospital-based pharmaceutical services, home visits, and telephone follow-ups. Outcome variables were assessed using the PCNE DRP Classification V9.1 for drug-related problems, the NCC MERP criteria for medication errors, the Numeric Rating Scale for pain intensity, and a five-point Likert scale questionnaire for satisfaction. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, with the level of statistical significance set at 0.05.

Following the intervention, DRPs decreased from 66 to 34 cases, a 48.5% reduction, with the mean DRPs per patient declining from 2.06 ± 1.21 to 1.06 ± 0.84 ($p < .001$). The medication error rate declined from 6.25 to 2.08 per 1,000 patient-days, a 66.7% reduction. Pain scores among 22 patients with complete data decreased from 5.68 ± 2.14 to 2.27 ± 1.88 ($p < .001$). Satisfaction was rated at the highest level across all groups: patients (4.62 ± 0.40), caregivers (4.66 ± 0.39), and multidisciplinary teams (4.76 ± 0.35).

Keywords: pharmaceutical care, palliative care, drug-related problems, medication errors, home visit

[1] กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นระบบการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว องค์การอนามัยโลกรายงานว่าผู้ป่วยทั่วโลกกว่า 60 ล้านคนต่อปีต้องการการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีเพียงร้อยละ 14 ที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม[1] สาเหตุสำคัญมาจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากร การเข้าถึงยา และการขาดระบบบริการที่เชื่อมโยงต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน บทบาทของเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยประคับประคองได้รับการยอมรับในระดับสากล Torres และคณะ พบว่าเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคอง โดยเฉพาะด้านการวิเคราะห์การใช้ยาและการปรับขนาดยาเพื่อลดผลข้างเคียง[2] สอดคล้องกับ Needham และคณะที่พบว่าการมีส่วนร่วมของเภสัชกรชุมชนในทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยเพิ่มประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในชุมชน[3]

สถานการณ์ในประเทศไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติรายงานว่าในปี 2565 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 190,636 ราย และมีผู้เสียชีวิต 124,866 ราย คิดเป็นอัตรา 188.1 ต่อประชากรแสนคน[4] กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2566-2570[5] อย่างไรก็ตาม Thongkhamcharoen และคณะ พบว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กมีการเข้าถึงยาน้อยกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยเฉพาะยาระงับปวดที่จำเป็น[6] และ Pairojkul และคณะ รายงานว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 17.3 ที่ได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง[7]

ด้านการบริบาลทางเภสัชกรรม ศิริทัศน์ กระดานพล และคณะ พบปัญหาที่เกี่ยวกับยาที่พบบ่อยในผู้ป่วยประคับประคอง ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์จากยา (ร้อยละ 27.5) การใช้ยาผิดวิธี (ร้อยละ 19.6) และการปรับขนาดยาเอง (ร้อยละ 17.6)[8] นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย Fulton และคณะ พบว่าการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านช่วยลดอาการ เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดอัตราการเสียชีวิต[9] สอดคล้องกับ Kaasa และคณะ ที่เน้นย้ำว่าการบูรณาการการดูแลช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านการรักษาอาการและจิตใจ[10]

โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง จากสถิติปี 2566 มีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 124 ราย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 ต่อปี แม้จะมีการให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน แต่ยังพบช่องว่างในการดูแลต่อเนื่องด้านยา โดยเฉพาะการจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายที่บ้าน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการในผู้ป่วยประคับประคอง เพื่อพัฒนาระบบการดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนและประเภทของปัญหาด้านยาระหว่างก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาระหว่างก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดของผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพต่อการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) เพื่อประเมินผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการใน

ผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ป่วยประคับประคอง จำนวน 32 ราย (2) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย จำนวน 32 คน และ (3) ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน ประกอบด้วยแพทย์ 2 คน พยาบาล 5 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และแพทย์แผนไทย 1 คน

ขนาดตัวอย่างของผู้ป่วยคำนวณโดยใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรกลุ่มเดียวแบบวัดซ้ำ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (1-β) เท่ากับ 0.80 ค่าความแปรปรวนอ้างอิง SD=1.34 และค่าความแตกต่างที่ต้องการตรวจพบ d=0.70 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 29 ราย ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้ขนาดตัวอย่างรวม 32 ราย

เกณฑ์การคัดเข้าของผู้ป่วย ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยให้เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง อายุ 18 ปีขึ้นไป มีผู้ดูแลหลักที่บ้าน สื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีภาวะวิกฤตที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด หรือย้ายที่อยู่อาศัยออกนอกเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการบริบาลทางเภสัชกรรมของ Hepler และ Strand[11] และแนวทางการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยประคับประคองของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) โดยประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การให้บริการ ณ โรงพยาบาล การเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ทุก 1–2 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.2 แบบประเมินปัญหาด้านยา พัฒนาจากเกณฑ์ PCNE DRP Classification V9.1 (2.3) แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา พัฒนาจากเกณฑ์ NCC MERP

2.4 แบบประเมินความปวด Numeric Rating Scale (NRS) ช่วงคะแนน 0–10

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจ 3 ชุด สำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง 1 ท่าน แพทย์ด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง 1 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 0.88–0.92 สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น แบบประเมินปัญหาด้านยา แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา และแบบสอบถามความพึงพอใจ ได้รับการทดสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้จริง โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอยู่ในระดับยอมรับได้ ส่วนแบบประเมินความปวด NRS เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินความรุนแรงของอาการปวดในผู้ป่วยทางคลินิก

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการและเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ จากนั้นขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ปัญหาด้านยา ความคลาด

เคลื่อนทางยา และระดับความปวดก่อนเริ่มการทดลอง

ระยะที่ 2 การดำเนินการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ ผู้วิจัยดำเนินการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้บริการ ณ โรงพยาบาล โดยดำเนินการ medication reconciliation ทบทวนรายการยา ค้นหาและจัดการปัญหาด้านยา และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการใช้ยา การเก็บรักษายา ความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในบริบทบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ทุก 1–2 สัปดาห์ เพื่อประเมินอาการติดตามปัญหาการใช้ยา และให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การประเมินผลหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการติดตาม ผู้วิจัยประเมินปัญหาด้านยา ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ โดยการวิเคราะห์ระดับความปวดใช้ข้อมูลของผู้ป่วยที่มีข้อมูลก่อนและหลังครบถ้วนจำนวน 22 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ปัญหาด้านยา ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับความปวด และความพึงพอใจ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนปัญหาด้านยาต่อรายและระดับความปวดก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test สำหรับความคลาดเคลื่อนทางยาผู้วิจัยนำเสนอจำนวนครั้ง อัตราต่อ 1,000 วันนอน และร้อยละการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่อนุมัติ 18/2568 ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยประคับประคองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.1 อายุเฉลี่ย 70.8 ± 10.3 ปี โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 70–79 ปี ร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ และใช้สิทธิบัตรทอง โรคหลักที่พบมากที่สุดคือโรคมะเร็ง รองลงมาคือโรคไต โรคร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน อาการสำคัญที่พบมากที่สุดคืออาการปวด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ขณะที่ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตร มีอายุเฉลี่ย 58.6 ± 10.8 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และเคยได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมาก่อน

ผลการประเมินปัญหาด้านยา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบจำนวนและประเภทของปัญหาด้านยาก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ (n = 32)

ประเภทปัญหาด้านยา	ก่อนการบริบาล n (%)	หลังการบริบาล n (%)	p-value
1. ไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ	12 (18.2)	2 (5.9)	0.008*
2. ได้รับยาที่ไม่เหมาะสม	8 (12.1)	1 (2.9)	0.021*
3. ขนาดยาไม่เหมาะสม	15 (22.7)	3 (8.8)	0.003*
4. อาการไม่พึงประสงค์จากยา	11 (16.7)	5 (14.7)	0.125
5. การใช้ยาผิดวิธี	10 (15.2)	2 (5.9)	0.012*
6. ความร่วมมือในการใช้ยา	8 (12.1)	18 (52.9)	0.001*
7. เก็บรักษายาไม่เหมาะสม	2 (3.0)	3 (8.8)	0.285
รวม	66 (100.0)	34 (100.0)	<0.001*

*หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ;ร้อยละคำนวณจากจำนวนปัญหาด้านยาทั้งหมดในแต่ละช่วงเวลา ไม่ใช่จำนวนผู้ป่วย;ค่าเฉลี่ยจำนวนปัญหาด้านยาต่อรายลดลงจาก 2.06 ± 1.21 เป็น 1.06 ± 0.84 ปัญหา/ราย, mean difference = 1.00, 95% CI = 0.65–1.35, t = 5.84, p < .001*

ก่อนการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ พบปัญหาด้านยารวม 66 ปัญหา หรือเฉลี่ย 2.06 ± 1.21 ปัญหาต่อราย โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือขนาดยาไม่เหมาะสม รองลงมาคือการไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ และอาการไม่พึงประสงค์จากยา ภายหลังการได้รับการบริบาล พบปัญหาด้านยาลดลงเหลือ 34 ปัญหา หรือเฉลี่ย 1.06 ± 0.84 ปัญหาต่อราย ลดลงจากเดิมร้อยละ 48.5 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนปัญหาด้านยาต่อรายก่อนและหลังการทดลอง พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 1.00, 95% CI = 0.65–1.35, t=5.84, p < .001)

เมื่อพิจารณารายประเภท พบว่าปัญหาการไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ การได้รับยาที่ไม่เหมาะสม ขนาดยาไม่เหมาะสม และการใช้ยาผิดวิธี มีแนวโน้มลดลงหลังการดำเนินงาน ขณะที่ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจากเดิม ซึ่งอาจสะท้อนการค้นพบปัญหาได้ละเอียดมากขึ้นจากการติดตามที่ต่อเนื่องในบริบทการดูแลที่บ้าน จึงควรตีความด้วยความระมัดระวังว่าเป็นการเพิ่มขึ้นของ “การตรวจพบปัญหา” มากกว่าการสรุปว่าเป็นการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมไม่ร่วมมือโดยตรงผลการประเมินความคลาดเคลื่อนทางยา

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ

รายการ	ก่อนการบริบาล (3 เดือนแรก)	หลังการบริบาล (3 เดือนหลัง)
จำนวนวันนอนทั้งหมด	2,880	2,880
จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา (ครั้ง)	18	6
อัตราต่อ 1,000 วันนอน	6.25	2.08
ร้อยละการเปลี่ยนแปลง		66.7 ลดลง

หมายเหตุ: ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงจาก 18 ครั้ง เป็น 6 ครั้ง คิดเป็นอัตราลดลงจาก 6.25 เป็น 2.08 ต่อ 1,000 วันนอน และลดลงร้อยละ 66.7

เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่าจำนวนความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงจาก 18 ครั้งในช่วง 3 เดือนก่อนดำเนินงาน เหลือ 6 ครั้งในช่วง 3 เดือนหลังดำเนินงาน คิดเป็นอัตราลดลงจาก 6.25 เป็น 2.08 ต่อ 1,000 วันนอน หรือลดลงร้อยละ 66.7 โดยความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุดทั้งสองช่วงคือการให้ยาผิดเวลา และไม่พบความคลาดเคลื่อนที่มีความรุนแรงระดับ F–I ตามเกณฑ์ NCC MERP ทั้งก่อนและหลังการดำเนินงาน

ผลการประเมินระดับความปวด

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความปวดก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วน (n = 22)

ช่วงการประเมิน	Mean±SD	Mean difference	t	95% CI	p-value
ก่อนการบริบาล	5.68 ± 2.14				
หลังการบริบาล	2.27 ± 1.88	3.41	8.92	2.62–4.20	<0.001*

*หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05*

การวิเคราะห์ระดับความปวดใช้ข้อมูลของผู้ป่วยที่มีข้อมูลก่อนและหลังครบถ้วนจำนวน 22 ราย พบว่าระดับความปวดเฉลี่ยลดลงจาก 5.68 ± 2.14 คะแนน เป็น 2.27 ± 1.88 คะแนน โดยมีผลต่างเฉลี่ย 3.41 คะแนน (95% CI = 2.62–4.20, t=8.92, p < .001) แสดงให้เห็นว่าภายหลังการดำเนินงานผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ก่อนการดำเนินงาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปวดปานกลางและปวดรุนแรง ขณะที่หลังการดำเนินงาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปวดเล็กน้อยหรือไม่ปวด และไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดับรุนแรงหลังการดำเนินงาน

ผลการประเมินความพึงพอใจ

ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ มีความพึงพอใจต่อการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการในระดับมากที่สุดทุกกลุ่ม ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดของผู้ป่วยและผู้ดูแลคือคุณภาพบริการโดยรวม ส่วนทีมสหวิชาชีพมีคะแนนสูงสุดในด้านคุณภาพบริการเช่นเดียวกัน สะท้อนว่ารูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวได้รับการยอมรับทั้งจากผู้รับบริการและผู้ร่วมให้บริการ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ภายหลังการได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการ ผู้ป่วยประคับประคองมีจำนวนปัญหาด้านยาลดลงอย่างชัดเจน ทั้งในภาพรวมและในหลายประเภทสำคัญ ได้แก่ การไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ การได้รับยาที่ไม่เหมาะสม ขนาดยาไม่เหมาะสม และการใช้ยาผิดวิธี สะท้อนว่าการมีเภสัชกรร่วมในกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาล ที่บ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ อาจช่วยให้สามารถค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น สอดคล้องกับ Cavalcante-Santos และคณะ[12] ที่พบว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยประคับประคองช่วยลดปัญหาด้านยาและลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลได้ รวมถึง วราภรณ์ อุ่นจันทึก[13] ที่รายงานว่าปัญหาด้านยาลดลงร้อยละ 70.6 หลังการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยประคับประคองที่โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

ปัญหาที่พบมากในระยะก่อนดำเนินงาน คือ ขนาดยาไม่เหมาะสม และการไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะปัญหาที่มักเกิดในผู้ป่วยประคับประคอง โดยเฉพาะการใช้ยาแก้ปวดและยาที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอาการ สอดคล้องกับ Saetan และคณะ[14] ที่พบว่ามีผู้ป่วยประคับประคองเพียงครึ่งหนึ่งที่ได้รับยาแก้ปวดแบบต่อเนื่อง และ สุเพ็ญพร อักษรวงศ์[15] ที่รายงานว่าปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการไม่บริหารยาแก้ปวดอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การลดลงของปัญหาดังกล่าวภายหลังการดำเนินงาน อาจอธิบายได้จากกระบวนการ medication reconciliation การทบทวนคำสั่งใช้ยาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และการติดตามต่อเนื่องในบริบทบ้าน ซึ่งช่วยให้เห็นปัญหาจริงจากการใช้ยาในชีวิตประจำวันมากขึ้น สอดคล้องกับ นลินรัตน์ แก่นเวียงรัตน์[16] ที่รายงานว่าการพัฒนาระบบบริบาลทางเภสัชกรรมช่วยให้สามารถค้นหาและจัดการปัญหาด้านยาได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้พบว่าปัญหาด้านความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นภายหลังการดำเนินงาน ประเด็นนี้ไม่ควรตีความโดยตรงว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาแย่ลง แต่มีความเป็นไปได้ว่าเกิดจากการประเมินที่ละเอียดมากขึ้นจากการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้สามารถค้นพบปัญหาที่เดิมไม่ถูกบันทึกไว้ในระยะก่อนการทดลองได้มากขึ้น ซึ่ง มลิวัลย์ แจ่มแจ้ง[17] รายงานไว้เช่นกันว่าคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นหลังการบริบาล สะท้อนว่าการติดตามอย่างใกล้ชิดช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความตระหนักต่อปัญหาการใช้ยามากขึ้น ดังนั้น ผลลัพธ์ส่วนนี้จึงควรตีความในมิติของ "การเพิ่มขึ้นของการตรวจพบปัญหา" ร่วมด้วย

ในด้านความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่าจำนวนครั้งและอัตราต่อ 1,000 วันนอนลดลงภายหลังการดำเนินงาน สะท้อนว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการอาจมีส่วนช่วยเพิ่มความปลอดภัยด้านยา โดยเฉพาะจากบทบาทของเภสัชกรในการทบทวนรายการยา ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Chess-Williams และคณะ[18] ที่พบว่าเภสัชกรสามารถระบุยาที่อาจไม่เหมาะสมได้จำนวนมากในผู้ป่วยประคับประคอง แม้ผลลัพธ์ดังกล่าวมีแนวโน้มเชิงบวก แต่ควรตีความด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากการศึกษาเป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง และความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุดคือการให้ยาผิดเวลา ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดในบริบทการดูแล

ที่บ้าน สอดคล้องกับ Wu และคณะ[19] ที่ชี้ให้เห็นถึงความท้าทายในการจัดการยาในชุมชน โดยเฉพาะภาระด้านการบริหารจัดการและข้อจำกัดทางกฎหมาย

สำหรับระดับความปวด พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วนจำนวน 22 ราย สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลด้านยาอย่างต่อเนื่องสามารถสนับสนุนการควบคุมอาการปวดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ ทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์[20] ที่พบว่าความรุนแรงของอาการปวดลดลงหลังการพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพ ในขณะที่ วราภรณ์ อุ่นจันทึก[13] พบคะแนนความปวดลดลงเพียงเล็กน้อยและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องมาจากระยะเวลาการศึกษาที่สั้นกว่า นอกจากนี้ ผลการประเมินหลังการดำเนินงานยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปวดเล็กน้อยหรือไม่ปวด และไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดับรุนแรง ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ที่มีความสำคัญทางคลินิกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคอง

ด้านความพึงพอใจ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพต่างประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกกลุ่ม สอดคล้องกับ อภิญญา โสมคำ และคณะ[21] ที่พบว่าทีมสหวิชาชีพเห็นความสำคัญของเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยประคับประคอง โดยคาดหวังให้เภสัชกรเป็นที่ปรึกษาด้านยาโดยเฉพาะยาแก้ปวด สะท้อนว่ารูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวมีความเหมาะสมทั้งในมิติของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยเฉพาะการสื่อสาร การติดตามต่อเนื่อง และการช่วยแก้ไขปัญหาด้านยาอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ

อย่างไรก็ดี การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ การใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ซึ่งไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ การวิเคราะห์ระดับความปวดใช้ข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วนจำนวน 22 ราย และการประเมินความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงช่วงเวลา ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย ดังนั้น การนำผลการวิจัยไปใช้ควรพิจารณาควบคู่กับบริบทของหน่วยบริการ และควรมีการศึกษาต่อยอดด้วยแบบแผนการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง โดยเฉพาะการเชื่อมต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาล บ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อช่วยลดปัญหาด้านยาและสนับสนุนการควบคุมอาการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควรพัฒนาสื่อให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลให้เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับบริบทของครอบครัวผู้ป่วย **ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป** ควรศึกษาด้วยแบบแผนการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของข้อสรุปเชิงเหตุผล รวมทั้งควรศึกษาผลลัพธ์เพิ่มเติม เช่น คุณภาพชีวิต ความสามารถในการควบคุมอาการ การเข้ารับการรักษาซ้ำ และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2023). Palliative care: key facts and global strategy. Geneva: WHO Press; 2023.
2. Torres J, Shamieh O, Hauser J.(2018). Improving palliative care in cancer: European Association for Palliative Care recommendations. Ann Oncol. 2018;29(Suppl 4):iv163.
3. Needham DS, Wong ICK, Campion PD.(2002). Evaluation of the effectiveness of community pharmacists' involvement in palliative care. Int J Pharm Pract. 2002;10(3):121-9.
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.(2565). รายงานสถานการณ์โรคมะเร็งประเทศไทย พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

5. กระทรวงสาธารณสุข.(2566). แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2566-2570. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
6. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ.(2556). การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารการแพทย์. 2556;96(4):245-54.
7. Pairojkul P, Pongpirul K, Nimmannit A.(2021). Access to palliative care services in Thailand: a nationwide assessment. BMC Palliat Care. 2021;20(1):94-101.
8. ศิริทัศน์ กระดานพล, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ, ธีรพล ทิพย์พยอม.(2565). การบริบาลทางเภสัชกรรมแบบบูรณาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 2565;29(1):23-35.
9. Fulton JJ, LeBlanc TW, Cutson TM.(2018). Integrated palliative care for cancer patients: a systematic review. Support Care Cancer. 2018;26(9):2945-55.
10. Kaasa S, Loge JH, Aapro M.(2018). Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. Lancet Oncol. 2018;19(11):e588-e653.
11. Hepler CD, Strand LM.(1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990;47(3):533-43.
12. Cavalcante-Santos D, Araujo LA, Rocha MJ, Lima PH.(2023). Impact of clinical pharmacy services in palliative care: a quasi-experimental study. BMC Palliat Care. 2023;22(1):81-93.
13. วราภรณ์ อุ่นจันทึก.(2564). การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบประคับประคองในคลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารเภสัชกรรมชุมชน. 2564;13(2):112-22.
14. Saetan P, et al.(2024). Pain management in palliative care patients in Thailand. Thai J Pharm Pract. 2024;16(1):34-48.
15. สุเพ็ญพร อักษรวงศ์.(2567). การพัฒนาระบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารการแพทย์สงขลานครินทร์. 2567;42(1):17-29.
16. นลินรัตน์ แก่นเวียงรัตน์.(2567). การพัฒนาระบบบริบาลทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่. วารสารเภสัชกรรมชุมชน. 2567;18(2):23-37.
17. มลิวัลย์ แจ่มแจ้ง.(2566). รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง. สระบุรี: โรงพยาบาลสระบุรี; 2566.
18. Chess-Williams R, James S, Lloyd C.(2024). The pharmacist's role in telehealth palliative care: a prospective intervention study. Palliat Med. 2024;38(5):745-59.
19. Wu J, et al.(2024). Challenges in community opioid management for palliative care: a mixed-methods study. J Pain Symptom Manage. 2024;67(3):215-28.
20. ทิพย์สุคนธ์ เจริญพันธ์.(2564). การพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
21. อภิญญา โสมคำ และคณะ.(2564). ความคาดหวังของทีมสหวิชาชีพต่อบทบาทเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง. Thai J Pharm Pract. 2564;13(2):45-58

การพัฒนาโมเดลการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตแบบครบวงจร โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of a comprehensive referral and follow-up model for critically ill emergency patients at Phanomphrai Hospital.

(Received: March 27,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

อรวรรณ โอฆะพนม[1]
Orawan Okapanom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนาโมเดลการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตแบบครบวงจร และประเมินประสิทธิผลของโมเดลที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงตุลาคม 2568 รวมระยะเวลา 1 ปี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง 42 คน และผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต (ESI 1-2) ที่ได้รับการส่งต่อ 268 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวิกฤต แบบประเมิน Barthel Index และแบบสอบถามความพึงพอใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC ≥ 0.80) และความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha ≥ 0.85) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า โมเดลที่พัฒนาขึ้นคือโมเดล 4C (Community Critical Care Chain) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ C1: Critical Triage & Stabilize C2: Connected Transfer C3: Coordinated Refer Back และ C4: Community Follow-up โดยพัฒนาผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ 2 วงรอบ ผลการประเมินประสิทธิผลหลังใช้โมเดล พบว่า ระยะเวลา Door-In-Door-Out (DIDO) ลดลงจาก 78 ± 14 นาที เหลือ 55 ± 8 นาที อัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อลดลงจากร้อยละ 15.2 เหลือร้อยละ 10.0 อัตราการเสียชีวิตระหว่างส่งต่อลดลงจากร้อยละ 3.8 เหลือร้อยละ 1.4 การติดตามผู้ป่วยในชุมชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.8 เป็นร้อยละ 92.0 และ Barthel Index ≥ 60 ที่ 30 วัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.0 เป็นร้อยละ 79.0 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเพิ่มจาก 3.2 ± 0.7 เป็น 4.5 ± 0.4 คะแนน และความพึงพอใจบุคลากรเพิ่มจาก 3.4 ± 0.6 เป็น 4.6 ± 0.3 คะแนน การทดสอบทางสถิติพบว่า ตัวชี้วัดหลักทุกรายการมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: การส่งต่อผู้ป่วยวิกฤต, การดูแลต่อเนื่องฉุกเฉิน, การพัฒนาโมเดลในโรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This study was an action research based on the conceptual framework of Kemmis & McTaggart, aiming to assess the situational problems, develop a comprehensive referral and follow-up model for critically ill emergency patients, and evaluate the effectiveness of the developed model. The study was conducted from October 2024 to October 2025, covering a period of one year. The sample consisted of 42 healthcare personnel involved in the referral process and 268 critically ill emergency patients (ESI 1-2) who were transferred during the study period. Research instruments included a critical patient data recording form, the Barthel Index assessment, and a satisfaction questionnaire, all of which were validated for content validity (IOC ≥ 0.80) and reliability (Cronbach's Alpha ≥ 0.85). Data were analyzed using descriptive statistics and the Paired t-test.

The findings revealed that the developed model, the 4C Model (Community Critical Care Chain), comprised four main components: C1: Critical Triage & Stabilize, C2: Connected Transfer, C3: Coordinated Refer Back, and C4: Community Follow-up. The model was developed through two participatory action research cycles involving multidisciplinary teams. After implementing the model, the Door-In-Door-Out (DIDO) time decreased from 78 ± 14 minutes to 55 ± 8 minutes. The rate of adverse events during transfer declined from 15.2% to 10.0%, and the mortality rate during transfer decreased from 3.8% to 1.4%. Community follow-up rates increased from 52.8% to 92.0%, and the proportion of patients with Barthel Index ≥ 60 at 30 days increased from 55.0% to 79.0%. Caregiver

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

satisfaction scores improved from 3.2 ± 0.7 to 4.5 ± 0.4, while personnel satisfaction scores increased from 3.4 ± 0.6 to 4.6 ± 0.3. All primary indicators showed statistically significant differences ($p < 0.05$).

Keywords: Critical Patient Transfer, Emergency Continuum of Care, Community Hospital Model

บทนำ

ภาวะวิกฤตฉุกเฉินในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในระบบสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกและวารสารวิชาการระดับนานาชาติระบุว่า ภาระของผู้ป่วยวิกฤตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากผลรวมของประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่แพร่หลาย และความต้องการบริการฉุกเฉินที่ซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องรับการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่รับบริการโดยตรงจากห้องฉุกเฉินถึง 1.30-2.70 เท่า[1] โดยพบว่าร้อยละ 42.00 ของผู้ป่วยวิกฤตที่ส่งต่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับส่งต่อ และมีอัตราการเสียชีวิตโดยรวมร้อยละ 17.30[2] นอกจากนี้ ความล่าช้าในการรับผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉินเข้าสู่หอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ยังเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล โดยพบว่าร้อยละ 67.30 ของผู้ป่วยวิกฤตไม่ได้รับการย้ายเข้า ICU ภายใน 30 นาที ระบบส่งต่อที่มีโครงสร้างชัดเจนจึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 20.00-30.00 [3]

ประเทศไทยมีกี่กำหนดนโยบายระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อและแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุข ที่มุ่งเชื่อมโยงเครือข่ายบริการตั้งแต่ปฐมภูมิถึงตติยภูมิ โดยมีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเป็นแกนกลาง[4] สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ[5] รายงานว่าจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยมีจำนวนรวมกว่า 1.5 ล้านครั้งต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตัวชี้วัดด้านคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดว่าผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1) ต้องมีอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงไม่เกินร้อยละ 12.00 ในโรงพยาบาลระดับ A, S และ M1 อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลชุมชนยังเผชิญปัญหาสำคัญในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤต ทั้งด้านการขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ความไม่พร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ และการขาดระบบติดตามอย่างต่อเนื่องหลังส่งต่อ[6,7]

การส่งต่อและติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแบบครบวงจร ประกอบด้วย 3 มิติหลัก ได้แก่ มิติที่หนึ่ง กระบวนการส่งต่อ (Referral Process) ที่ครอบคลุมระยะก่อนส่งต่อ ระหว่างส่งต่อ และหลังส่งต่อ โดยตัวชี้วัดสำคัญคือระยะเวลา Door-In-Door-Out (DIDO) ซึ่งกำหนดเป้าหมายไว้ไม่เกิน 60 นาที การคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ Emergency Severity Index (ESI) ระดับ 1 (สีแดง ฉุกเฉินวิกฤต) และระดับ 2 (สีชมพู ฉุกเฉินเร่งด่วน) รวมถึงอัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างเคลื่อนย้าย เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะออกซิเจนต่ำ และภาวะหัวใจหยุดเต้น[8] มิติที่สอง ความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity of Care) ที่เชื่อมโยงตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน การส่งต่อ การรับกลับ การติดตามที่คลินิกผู้ป่วยนอก และการเยี่ยมบ้าน (กองสาธารณสุขฉุกเฉิน, 2563) มิติที่สาม ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcome) ได้แก่ คะแนน Barthel Index ที่ 28-30 วัน อัตราการกลับมารักษาซ้ำ อัตราการเสียชีวิต และความพึงพอใจของผู้ดูแลและบุคลากร ทฤษฎีและแนวคิดสำคัญที่ใช้เป็นฐานในการพัฒนาโมเดล ได้แก่ กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis และ McTaggart[9] ซึ่งดำเนินการเป็นวงจรซ้ำอย่างน้อย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนกลับ (Reflect) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในการแก้ปัญหาและพัฒนาระบบ ควบคู่กับแนวคิด Time-Sensitive Care ที่ระบุว่าการลดระยะเวลาในการส่งต่อและช่วงเวลาก่อนรับการรักษาที่ถูกต้องมีผลโดยตรงต่อการลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนถาวรในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต[10] รวมถึงแนวคิดการดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อ (Seamless Continuum of Care) ที่

ครอบคลุมการส่งต่อ การรับกลับ และการดูแลในชุมชน ซึ่งเป็นแกนกลางของนโยบายระบบสุขภาพระดับชาติ

จังหวัดร้อยเอ็ด มีโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวน 19 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่ 20 อำเภอ ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณพบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤต (ESI 1-2) ที่ต้องส่งต่อในระบบเครือข่ายจังหวัด มีจำนวนประมาณ 6,200 ราย ในปีงบประมาณ 2564, 6,580 ราย ในปีงบประมาณ 2565 และ 6,950 ราย ในปีงบประมาณ 2566 คิดเป็นแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.90 ต่อปี โดยพบว่ากลุ่มโรคที่ต้องส่งต่อมากที่สุดคือ Sepsis/Septic Shock, Stroke และ STEMI ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, 2566) อัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ดอยู่ที่ประมาณร้อยละ 13.50-16.80 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด สะท้อนถึงช่องว่างของระบบที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน

อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด มีโรงพยาบาลชุมชนขนาด ที่มีบริการประชากรในพื้นที่ 48,000 คน ครอบคลุม 13 ตำบล ห่างจากโรงพยาบาลแม่ข่ายคือโรงพยาบาลศูนย์ร้อยเอ็ดประมาณ 65 กิโลเมตร จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ พบว่ามีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องส่งต่อทั้งหมดเฉลี่ย 50 รายต่อเดือน หรือ 600 รายต่อปี โดยเป็นผู้ป่วยระดับ ESI 1-2 จำนวน 560 ราย ในปีงบประมาณ 2564, 590 ราย ในปีงบประมาณ 2565 และ 616 ราย ในปีงบประมาณ 2566[10] จากข้อมูลปีงบประมาณ 2566 พบปัญหาสำคัญดังนี้ ระยะเวลา DIDO เฉลี่ย 78.00 ± 14.00 นาที ซึ่งเกินเป้าหมาย 18.00 นาที อัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อร้อยละ 15.20 อัตราการเสียชีวิตระหว่างส่งต่อร้อยละ 3.80 อัตราการปฏิบัติตามมาตรฐานการส่งต่อเพียงร้อยละ 62.40 อัตราการติดตามผู้ป่วยในชุมชนเพียงร้อยละ 52.80 และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันสูงถึงร้อยละ 18.40 ปัญหาทางการพยาบาลที่พบจากการวิเคราะห์ Fishbone Diagram ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร บุคลากรขาดทักษะการส่งต่อวิกฤตและไม่มีการซักซ้อมอย่างสม่ำเสมอ 2) ด้านกระบวนการ ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและ Checklist ที่เป็นปัจจุบัน 3) ด้านอุปกรณ์ อุปกรณ์ไม่พร้อมและไม่ครบถ้วน 4) ด้านการสื่อสาร ระบบประสานงานล่าช้าและขาดมาตรฐาน SBAR ที่ชัดเจน (5) ด้านการติดตาม ขาดระบบติดตามผู้ป่วยในชุมชนอย่างเป็นระบบ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อ ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตระหว่างเคลื่อนย้าย และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังจำหน่ายต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ระบบส่งต่อเดิมที่ใช้ในโรงพยาบาลพนมไพรก่อนการพัฒนา มีลักษณะเป็นการดำเนินการเฉพาะส่วน ขาดการเชื่อมโยงครบวงจร โดยเน้นเฉพาะกระบวนการส่งต่อออก (Refer Out) เป็นหลัก โดยไม่มีระบบ Refer Back ที่ชัดเจน ขาดการประสานงานกับ รพ.สต. 16 แห่งในเครือข่ายอย่างเป็นระบบ ไม่มีช่องทางสื่อสารระหว่างทีมและผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และไม่มีการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง ทำให้การดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องและไม่เชื่อมโยงถึงชุมชน สอดคล้องกับข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรมที่ระบุว่างานวิจัยส่วนใหญ่ในประเทศไทยยังขาดโมเดลที่รวมการส่งต่อและการติดตามผู้ป่วยรับกลับแบบครบวงจร และยังไม่มีการบูรณาการระบบสารสนเทศกับการติดตามดูแลชุมชนอย่างเป็นระบบ[11,12]

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาโมเดลการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตแบบครบวงจร ที่เชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ห้องฉุกเฉินจนถึงชุมชน ครอบคลุมทั้ง Refer Out, Refer Back, Refer Receive, OPD Follow-up และ Home Visit โดยบุคลากรทุกระดับ เพื่อยกระดับคุณภาพการส่งต่อ ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและมาตรฐานสากล อันจะเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต โรงพยาบาลพนมไพร

2. เพื่อพัฒนาโมเดลการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตแบบครบวงจร โรงพยาบาลพนมไพร

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโมเดลการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตแบบครบวงจร โรงพยาบาลพนมไพร

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis และ McTaggart (2531) ร่วมกับแนวคิดความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย (Continuum of Care) และแนวคิด Time-Sensitive Care ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 1 ปี การดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ ระยะที่ 2 การพัฒนาโมเดล และระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของโมเดล โดยดำเนินการเป็นวงจรต่อเนื่อง 2 วงรอบ ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนกลับ (Reflect) โดยมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร แบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้ ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต โรงพยาบาลพนมไพร ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน พยาบาลทีมส่งต่อ เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระยะที่ 3 ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต (ESI 1-2) ที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลพนมไพรไปยังโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และพัฒนาโมเดล จำนวน 42 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน พยาบาลทีมส่งต่อ เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 16 แห่ง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผล จำนวน 268 ราย โดยคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต (ESI 1-2) ที่ได้รับการส่งต่อในช่วงดำเนินการวิจัย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

เครื่องมือวิจัย แนวทางการสนทนากลุ่มและการประชุมระดมสมอง แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต แบบประเมิน Barthel Index แบบประเมินและบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย (SBAR) และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพการส่งต่อ ผลลัพธ์ทางคลินิก และความพึงพอใจ ก่อนและหลังการใช้โมเดลใช้ Paired t-test กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตการณ์ และการถอดบทเรียนจากการดำเนินงานตามโมเดลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการแจกแจงข้อมูล การจัดหมวดหมู่ การสกัดประเด็นสำคัญ และการตีความหมาย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 1722567 เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตทั้งหมด 268 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 56.70 อายุเฉลี่ย 63.80 ± 14.20 ปี กลุ่มอายุ 60-74 ปีมากที่สุดร้อยละ 36.60 ระดับ ESI 2 (ฉุกเฉินเร่งด่วน) ร้อยละ 67.90 และ ESI 1 (ฉุกเฉินวิกฤต) ร้อยละ 32.10 กลุ่มโรคที่พบมากที่สุดคือ Sepsis/Septic Shock ร้อยละ 30.60 รองลงมาคือผู้ป่วย On ET-tube ร้อยละ 27.60 และ Stroke ร้อยละ 25.40 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสิทธิบัตรทอง (UC) ร้อยละ 73.90

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ย้อนหลังจากเวชระเบียนระบบ Hos-xp ปีงบประมาณ 2566 และการประชุมระดมสมองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 42 คน พบว่าตัวชี้วัดทุกรายการต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ ระยะเวลา Door-In-Door-Out (DIDO) เฉลี่ย 78.00 ± 14.00 นาที เกินเป้าหมาย 18.00 นาที อัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อร้อยละ 15.20 อัตราการเสียชีวิตระหว่างส่งต่อร้อยละ 3.80 อัตราการปฏิบัติตามมาตรฐานการส่งต่อร้อยละ 62.40 อัตราการติดตามผู้ป่วยในชุมชนร้อยละ 52.80 Barthel Index ≥ 60 ที่ 28 วัน ร้อยละ 55.00 ความพึงพอใจของผู้ดูแล 3.20 ± 0.70 คะแนน และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันร้อยละ 18.40 การวิเคราะห์ด้วย Fishbone Diagram พบสาเหตุหลัก 5 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากรขาดการซักซ้อมทักษะการส่งต่ออย่างสม่ำเสมอ ด้านกระบวนการไม่มีแนวปฏิบัติและ Checklist ที่เป็นปัจจุบัน ด้านอุปกรณ์ไม่พร้อมและไม่ครบถ้วน ด้านการสื่อสารระบบประสานงานล่าช้า และด้านการติดตามขาดระบบติดตามผู้ป่วยในชุมชนอย่างเป็นระบบ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์การส่งต่อและติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนพัฒนาโมเดล (ปีงบประมาณ 2566)

ตัวชี้วัดสถานการณ์	ก่อนพัฒนาโมเดล (ปีงบ 2566)	เป้าหมาย
ระยะเวลา DIDO (นาที) ค่าเฉลี่ย ± SD	78 ± 14	≤ 60
อัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อ (%)	15.2	< 10
อัตราเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ (%)	3.8	< 2
อัตราการปฏิบัติตามมาตรฐานการส่งต่อ (%)	62.4	**≥ 90**
อัตราการติดตามผู้ป่วยในชุมชน (%)	52.8	≥ 80
Barthel Index ≥ 60 ที่ 28 วัน (%)	55.0	≥ 75
ความพึงพอใจผู้ดูแล (คะแนน)	3.2 ± 0.7	≥ 4.0
อัตราการกลับมารักษาซ้ำ (Re – Visit) ภายใน 28 วัน (%)	18.4	< 10

2. ผลการพัฒนาโมเดลการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตแบบครบวงจร ผลการพัฒนาโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ 2 วงรอบ ได้โมเดล 4C (Community Critical Care Chain) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ C1: Critical Triage & Stabilize คัดแยก ESI 1-2 ภายใน 5 นาที และ Stabilize ตาม Clinical Pathway เฉพาะโรค ได้แก่ STEMI Stroke Sepsis และ Severe Trauma เป้าหมาย DIDO ≤ 60 นาที C2: Connected Transfer ประสานผ่าน Line Refer มาตรฐาน ส่ง SBAR ก่อนออกเดินทาง และติดตาม Vital Signs ทุก 15 นาที เป้าหมายเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่ำกว่าร้อยละ 10.00 C3: Coordinated Refer Back ประสานรับกลับภายใน 48 ชั่วโมงหลังอาการคงที่ เตรียม Discharge plan และ OPD Follow-up เป้าหมาย Refer Back ≥ ร้อยละ 70.00

และ C4: Community Follow-up เยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ 3, 7 และ 15 วัน ประเมิน Barthel Index และติดตามต่อเนื่องผ่าน Community Care Line เป้าหมายติดตามชุมชน ≥ ร้อยละ 80.00 วงรอบที่ 1 (มกราคม-มีนาคม 2568) ทดลองใช้โมเดลกับผู้ป่วย 52 ราย พบว่าระยะเวลา DIDO ลดลงจาก 78.00 ± 14.00 นาที เหลือ 60.00 ± 11.00 นาที ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ปัญหาที่พบคือการประสานผ่าน Line ไม่สม่ำเสมอและบุคลากร รพ.สต. ยังขาดทักษะการประเมิน Barthel Index ทีมจึงปรับปรุงในวงรอบที่ 2 โดยพัฒนาแบบประเมินเฉพาะโรค จัดประชุมทีม Advance Life Support ในรถพยาบาล เชื่อมโยงระบบ Line Refer มาตรฐาน จัดทำคู่มือ Barthel Index สำหรับ รพ.สต. 16 แห่ง และสร้างระบบ Community Care Line วงรอบที่ 2 (เมษายน-ตุลาคม 2568) ทดลองใช้กับผู้ป่วย 96 ราย พบว่าตัวชี้วัดทุกรายการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด ได้องค์ประกอบโมเดลดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 องค์ประกอบโมเดล 4 C (Community Critical Chain)

องค์ประกอบ	ชื่อ/กิจกรรมหลัก	แนวปฏิบัติที่สำคัญ	เครื่องมือ/ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
C1	Critical Triage & Stabilize	คัดแยก ESI 1-2 ภายใน 5 นาที Stabilize ตาม Clinical Pathway STEMI-Stroke-Sepsis-Trauma	DIDO ≤ 60 นาที/ไม่พบ Cardiac arrest ก่อนส่งต่อ
C2	Connected Transfer	ประสานผ่าน Line Refer ก่อนออกเดินทาง/ทีมส่งต่อ SBAR Handover/ติดตาม Vital Signs ทุก 15 นาที	Adverse Events < 10% สถานะคงที่เมื่อถึงปลายทาง ≥ 95%
C3	Coordinated Refer Back	ประสานรับกลับภายใน 48 ชั่วโมง หลังอาการคงที่ แพทย์ที่ร้อยเอ็ดแจ้ง Discharge plan /เตรียม OPD Follow-up	Refer Back ≥ 70% ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังรับกลับ
C4	Community Follow-up	เยี่ยมบ้านโดยรพ.สต.ภายใน 3,7,15 วัน ประเมิน Barthel Index อสม.ติดตามต่อเนื่อง Line Community Care	ติดตามชุมชน ≥ 80% Barthel ≥ 60 ที่ 28 วัน

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของโมเดล 4C

เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มก่อนใช้โมเดล (ตุลาคม 2566-กันยายน 2567 จำนวน 256 ราย) และกลุ่มหลังใช้โมเดล (ตุลาคม 2567-ตุลาคม 2568 จำนวน 268 ราย) พบว่าหลังใช้โมเดล 4C ระยะเวลา DIDO ลดลงจาก 78.00 ± 14.00 นาที เหลือ 55.00 ± 8.00 นาที ($p < 0.001$) สัดส่วนที่มี DIDO ≤ 60 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.20 เป็นร้อยละ 84.50 ($p < 0.001$) อัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อลดลงจากร้อยละ 15.20 เหลือร้อยละ 10.00 ($p = 0.008$) โดยพบ Hypotension ลดลงจากร้อยละ 7.50 เหลือร้อยละ 4.70 ($p = 0.042$) อัตราการเสียชีวิตระหว่างส่งต่อลดลงจากร้อยละ 3.80 เหลือร้อยละ 1.40 ($p = 0.021$) อัตราการปฏิบัติตามมาตรฐานการส่งต่อเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.40 เป็นร้อยละ 93.20 ($p < 0.001$) การติดตามผู้ป่วยในชุมชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.80 เป็นร้อยละ 92.00 ($p < 0.001$) อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลงจากร้อยละ 18.40 เหลือร้อยละ 8.80 ($p = 0.014$) คะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจาก 3.20 ± 0.70 เป็น 4.50 ± 0.40 คะแนน ($p < 0.001$) และคะแนนความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้นจาก 3.40 ± 0.60 เป็น 4.60 ± 0.30 คะแนน ($p < 0.001$) เมื่อวิเคราะห์ Barthel Index ≥ 60 ที่ 28 วัน จำแนกตามกลุ่มโรค พบว่าทุกกลุ่มโรคมีผลลัพธ์ดีขึ้น โดยกลุ่ม STEMI/ACS เพิ่มขึ้นมากที่สุดจากร้อยละ 51.40 เป็นร้อยละ 78.40 ($p = 0.002$) รองลงมาคือกลุ่ม Sepsis/Septic Shock จากร้อยละ 58.20 เป็นร้อยละ 82.90 ($p = 0.001$) กลุ่ม Stroke จากร้อยละ 48.50 เป็นร้อยละ 72.10 ($p = 0.004$) และกลุ่ม

Severe Trauma จากร้อยละ 42.90 เป็นร้อยละ 64.30 (p = 0.018) โดยภาพรวมทุกกลุ่มโรค Barthel Index ≥ 60 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.00 เป็นร้อยละ 79.00 (95% CI: 16.40, 31.60; p = 0.002) ตัวชี้วัดหลักทุกรายการมีความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์การส่งต่อและติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต ก่อนและหลังใช้โมเดล 4C (Community Critical Care Chain) โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด (ก่อนใช้โมเดล n = 256, หลังใช้โมเดล n = 268)

ตัวชี้วัด	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{d}$	t	95% CI	p-value
1. ระยะเวลา DIDO (นาที)						
- ก่อนใช้โมเดล	78.00	14.00	-23.00	-12.84	-26.52, -19.48	<0.001*
- หลังใช้โมเดล	55.00	8.00				
2. สัดส่วน DIDO ≤ 60 นาที (ร้อยละ)						
- ก่อนใช้โมเดล	24.20	-	+60.30	-	-	<0.001*
- หลังใช้โมเดล	84.50	-				
3. อัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อ (ร้อยละ)						
- ก่อนใช้โมเดล	15.20	-	-5.20	-	-	0.008*
- หลังใช้โมเดล	10.00	-				
4. อัตราการเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ (ร้อยละ)						
- ก่อนใช้โมเดล	3.80	-	-2.40	-	-	0.021*
- หลังใช้โมเดล	1.40	-				
5. อัตราการปฏิบัติตามมาตรฐานการส่งต่อ (ร้อยละ)						
- ก่อนใช้โมเดล	62.40	-	+30.80	-	-	<0.001*
- หลังใช้โมเดล	93.20	-				
6. อัตราการติดตามผู้ป่วยในชุมชน (ร้อยละ)						
- ก่อนใช้โมเดล	52.80	-	+39.20	-	-	<0.001*
- หลังใช้โมเดล	92.00	-				
7. Barthel Index ≥ 60 ที่ 28 วัน (ร้อยละ)						
- ก่อนใช้โมเดล	55.00	-	+24.00	-	16.40, 31.60	0.002*
- หลังใช้โมเดล	79.00	-				
8. อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (ร้อยละ)						
- ก่อนใช้โมเดล	18.40	-	-9.60	-	-	0.014*
- หลังใช้โมเดล	8.80	-				
9. ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย (คะแนน)						
- ก่อนใช้โมเดล	3.20	0.70	+1.30	14.23	1.12, 1.48	<0.001*
- หลังใช้โมเดล	4.50	0.40				
10. ความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุข (คะแนน)						
- ก่อนใช้โมเดล	3.40	0.60	+1.20	15.67	1.05, 1.35	<0.001*
- หลังใช้โมเดล	4.60	0.30				

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < .05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต ตัวชี้วัดคุณภาพการส่งต่อทุกรายการต่ำกว่าเป้าหมายก่อนพัฒนาโมเดล สะท้อนว่าระบบเดิมขาดองค์ประกอบสำคัญหลายด้านพร้อมกัน ทั้งบุคลากร กระบวนการ อุปกรณ์ การสื่อสาร และการติดตามต่อเนื่อง สอดคล้องกับ นันทวดี บุญเลิศ[7] ที่พบว่าโรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ภายในเวลามาตรฐานเกินครึ่งหนึ่งของกรณีทั้งหมด เนื่องจากขาดแนวปฏิบัติและระบบสนับสนุนที่เพียงพอ และสอดคล้องกับ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก (6) ที่ระบุว่าปัญหาหลักมาจากข้อจำกัดทั้งด้านทรัพยากรบุคคลและเชิงระบบ กลุ่มโรคที่พบมากที่สุดคือ Sepsis/Septic Shock ตามด้วยผู้ป่วย On ET-tube และ Stroke ซึ่งสะท้อนโครงสร้างประชากรสูงอายุที่มีโรคร่วม ทำให้การส่งต่อมีความซับซ้อนและเสี่ยงสูง[5] การวิเคราะห์ด้วย Fishbone Diagram ทำให้บุคลากรทุกระดับเข้าใจปัญหาร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[9] ที่เน้นการมีส่วนร่วมในการวินิจฉัยปัญหาเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาที่ยั่งยืน นอกจากนี้การค้นพบช่องว่างด้านการติดตามชุมชนสะท้อนถึงสิ่งที่งานวิจัยส่วนใหญ่มองข้ามคือการมุ่งเน้นเฉพาะ Refer Out โดยไม่ครอบคลุมการดูแลหลังส่งกลับ[11]

ผลการพัฒนาโมเดล 4C พบว่า โมเดล 4C มีจุดเด่นด้านความครอบคลุมตั้งแต่ห้องฉุกเฉินจนถึงชุมชน ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ที่มุ่งเน้นเฉพาะการส่งต่อออก กระบวนการพัฒนาผ่านสองวงรอบทำให้โมเดลได้รับการปรับปรุงจากข้อมูลจริงจนตอบสนองบริบทได้เหมาะสม สอดคล้องกับ คำดา ศรีสมบัติ และคณะ[13] ที่พบว่าการพัฒนาโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพส่งผลให้เกิดการยอมรับและนำไปปฏิบัติได้จริง องค์ประกอบ C1 ที่พัฒนา Clinical Pathway เฉพาะโรคช่วยให้ทีม Stabilize ผู้ป่วยได้รวดเร็วตามหลักการ Time-Sensitive Care ผลจากวงรอบที่ 1 ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายนำไปสู่การปรับปรุงในวงรอบที่ 2 โดยเฉพาะการฝึกทักษะ Barthel Index แก่บุคลากร รพ.สต. และสร้างระบบ Community Care Line สอดคล้องกับ สุดใจ บุบผาทาเต และสุธิกาญจน์ อิทธิศักดิ์โภคิน[14] ที่พบว่าการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชนลดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำได้อย่างเป็นรูปธรรม

ผลการประเมินประสิทธิผลของโมเดล 4C พบว่า ระยะเวลา DIDO ลดลงอย่างชัดเจนหลังใช้โมเดล มาจากการพัฒนา Clinical Pathway ใน C1 และระบบ Line Refer มาตรฐานใน C2 ที่ลดเวลาสูญเสียจากการสื่อสารซ้ำซ้อน สอดคล้องกับ จักรพงศ์ ปิติโชคโภคินท์ และคณะ[8] ที่พบว่ามาตรฐานสามระยะในการส่งต่อทำให้คุณภาพการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และสอดคล้องกับ หรรษา ชื่นชูผล และธนสิทธิ์ สนั่นเมือง[12] ที่พบว่าระบบสารสนเทศลดระยะเวลาและความผิดพลาดในการส่งต่อ รวมถึงสอดคล้องกับ Bigham และคณะ[3] ที่รายงานว่าระบบส่งต่อที่มีโครงสร้างชัดเจนช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีประสิทธิผล อัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงแม้ยังไม่ถึงเป้าหมายเต็มที่ เนื่องจากกลุ่ม Sepsis ที่มีสัดส่วนสูงมักมี Hemodynamic instability แม้หลัง Resuscitation ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนา Sepsis Transfer Protocol โดยเฉพาะ สอดคล้องกับ Warren และคณะ[15] ที่ระบุว่ามาตรฐานการติดตาม Vital Signs ระหว่างส่งต่อช่วยลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิผล การติดตามชุมชนเพิ่มขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงที่โดดเด่นที่สุด มาจากการบูรณาการ รพ.สต. 16 แห่ง ผ่าน Community Care Line สอดคล้องกับ ทิพย์วิภา สังข์อินทร์ และคณะ [11] ที่ระบุว่าการทำงานแบบมีส่วนร่วมทำให้ระบบได้รับการยอมรับและปฏิบัติได้จริง Barthel Index ≥ 60 ที่ 28 วันเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มโรคสะท้อนประสิทธิผลของ C3 และ C4 สอดคล้องกับ สุดใจ บุบผาทาเต และสุธิกาญจน์ อิทธิศักดิ์โภคิน [14] อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงเนื่องจาก Community Care Line ช่วยให้ รพ.สต. ปรึกษาทีมแพทย์ได้ทันที คะแนนความพึงพอใจทั้งผู้ดูแลและบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยด้านที่พัฒนามาก

ที่สุดคือการติดตามเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับ นันทวดี บุญเลิศ[7] ที่พบว่าเมื่อระบบส่งต่อมีคุณภาพความพึงพอใจของผู้รับบริการจะอยู่ในระดับมาก

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความร่วมมืออย่างดียิ่งจากทีมสหวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลพนมไพร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเครือข่ายอำเภอพนมไพร ตลอดจนผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้การรับรองการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลพนมไพรที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยจนบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1.Shahpori R, Stelfox HT, Doig CJ, Boiteau PJE.(2011). Interhospital transfer of critically ill patients: Demographic and outcomes comparison with nontransferred intensive care unit patients. J Crit Care. 2011;26(6):1-9. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S088394410700086X

2.Bosco S, Sahni N, Jain A, Arora P, Raj V, Yaddanapudi L.(2023). Delayed transfer of critically ill patients from emergency department to intensive care unit. Indian J Crit Care Med. 2023;27(8):580-2. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10452780/

3.Bigham BL, Buick JE, Brooks SC, Morrison M, Shojania KG, Morrison LJ. (2012). Patient safety in emergency medical services: A systematic review of the literature. Prehosp Emerg Care. 2012;16(1):20-35. Available from: https://doi.org/10.3109/10903127.2011.621045

4.กองบริหารการสาธารณสุข.(2562). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.

5.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2564). สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉินระดับโลกและระดับประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2021/EBook/414441_20211229135756.pdf

6.ปราโมทย์ ถ่างกระโทก.(2561). ระบบส่งต่อผู้ป่วย: กระบวนการสำคัญในการจัดการบริการสุขภาพ. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2561;25(3):109-21.

7.นันทวดี บุญเลิศ.(2564). การศึกษาคุณภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช. 2564;1(2):27-40. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jcn-bcnc/article/view/251183

8.จักรพงศ์ ปิติโชคโภคินท์, มยุนา ศรีสุภนันต์, สุรีย์ จันทรโมรี, ประภาเพ็ญ สุวรรณ.(2562). การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(1):88-97. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/113476

9.Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.

10.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.(2566). รายงานผลการดำเนินงานระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2566. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2566.

11.ทิพย์วิภา สังข์อินทร์, ภาณุ อดกลั้น, นุชนารถ ศรีนาค.(2563). การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจร โรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2563;8(2):94-104. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nkpjournal_9/article/view/252672

12.หรรษา ชื่นชูผล, ธนสิทธิ์ สนั่นเมือง.(2565). การพัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วย (Smart Refer) เขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2565;8(2):17-29. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/259388

13.คำดา ศรีสมบัติ, วัฒนลักษณ์ ลีลาศิริวณิชย์, ถาวร ล่อกา, กาญจนา ศรีทอง.(2567). การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉินจากโรงพยาบาลทั่วไปไปยังโรงพยาบาลศักยภาพสูงกว่า. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2567;4(3):e270946. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjphe/article/view/270946

14.สุดใจ บุบผาทาเต, สุธิกาญจน์ อิทธิศักดิ์โภคิน.(2567). การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;4(3):119-35. Available from: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/2457

15.Warren J, Fromm RE, Orr RA, Rotello LC, Horst HM.(2004). Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. Crit Care Med. 2004;32(1):256-62. Available from: https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000104917.39204.0A

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of Patient Ischemic Stroke at community : 2 case studies.

(Received: March 27,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

ฉวีวรรณ มงคลชู[1]
Chaweewan Mongkholchoo*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในชุมชนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะฟื้นฟูที่บ้าน จำนวน 2 ราย เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในชุมชน จำนวน 2 รายในอำเภอปทุมรัตต์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือตามแนวคิดระบบบริการปฐมภูมิหลักการเวชศาสตร์ครอบครัว INHOMESSS และการเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามประเด็นต่างๆ

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ 1)เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเลือดมาเลี้ยงสมองลดลง 2)เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เนื่องจากไม่สามารถขยับแขนขาข้างซ้ายได้เอง 3)ความสามารถดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ 4) มีภาวะน้ำหนักเกินเนื่องจากพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม 5) มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง 6)ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินโรคและวิธีการดูแลที่บ้าน และพบแตกต่างกันจำนวน 1 ข้อในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะ จะเห็นว่าการวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลโดยการประเมิน INHOMESSS นั้นสามารถแจกแจงปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมผลจากการประเมิน INHOMESSS ช่วยให้พยาบาลค้นพบปัญหา(Nursing Diagnosis) และความต้องการ (Needs) ที่แท้จริง ทำให้การพยาบาลมีความต่อเนื่อง (Continuity of Care) และจำเพาะกับผู้ป่วยแต่ละราย (Individualized Care) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองตีบ ,การพยาบาลในชุมชน

Abstract

This study aimed to compare the use of the nursing process in the community for two patients with ischemic stroke during home rehabilitation. This was a comparative case study of two patients with ischemic stroke in Pathum Rat District. Data was collected using tools based on the primary care system concept, the principles of family medicine, INHOMESSS, and home visits. Data were analyzed comparatively according to various aspects.

Results: Both case studies had similar nursing diagnoses: 1) Risk of complications due to reduced cerebral ischemia; 2) Risk of complications such as joint stiffness and muscle atrophy due to inability to move the left limb independently; 3) Impaired self-care ability due to left limb weakness. The following points were identified as differences in nursing problems in case study patients: 4) being overweight due to inappropriate dietary habits, 5) having a risk of accidents due to weakness in the left limb, 6) the patient and family experiencing anxiety about the illness due to a lack of knowledge about the disease progression and home care methods. One point differed in case study patient : 1) risk of urinary tract infection due to indwelling urinary catheter. It can be seen that the INHOMESSS assessment comprehensively identifies nursing problems. The results of the INHOMESSS assessment help nurses discover the true problems (Nursing Diagnosis) and needs, leading to continuity of care and individualized care, preventing complications, and improving the quality of life for patients and their families.

Keywords: Ischemic Stroke, Community Nursing

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปทุมรัตต์

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน เนื่องจากสาเหตุหลอดเลือดตีบ อุดตันหรือแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากรายงานองค์การอนามัยโลก [1] พบว่า ทุก 1 นาที มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 30 คน และโดยเฉลี่ยผู้ใหญ่ 1 ใน 4 คน จะป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [2] พบผู้ป่วยสะสมโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 358,062 คน รายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยปีพ.ศ. 2567 พบผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดในสมองจำนวน 39,086 คน [3] จากสถิติจังหวัดร้อยเอ็ดพบอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2566-2567 เท่ากับ 229.80 และ 240.96 ต่อแสนประชากรซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และยังพบอัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2565-2568 ร้อยละ 4.49 ,4.73 ,4.06 และ 4.92 ตามลำดับ โรงพยาบาลปทุมรัตต์ พบอัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2565-2568 ร้อยละ 0, 0, 1.59 และ 0 ตามลำดับ[4] ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความพิการเหลืออยู่ มีปัญหาด้านความผิดปกติของการเคลื่อนไหวเพราะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัญหาการกลืนลำบาก ปัญหาด้านการขับถ่ายบางรายร่างกายผิดปกติด้านการรับรู้ อารมณ์ การพูดและการสื่อสาร

ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรงแบบครึ่งซีกของร่างกายเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนำไปสู่ความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันส่งผลให้เกิดการพึ่งพาผู้อื่นหรือครอบครัว หากไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะข้อยึดติด ข้อไหล่ติด กล้ามเนื้อฝ่อลีบ และส่งผลให้เกิดความพิการในระยะยาว การฟื้นตัวของระบบต่างๆในร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 3 เดือนแรก ถ้าหลัง 6 เดือนแล้วการฟื้นตัวจะช้าลง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตและบทบาทของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป การมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงส่งผลต่ออัตมโนทัศน์ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจในตนเอง มองตนเองไร้ค่า แยกตนเอง และถอยหนีออกจากสังคม เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน รวมถึงเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพในช่วงเวลาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องใช้ความรู้ ความสามารถและทักษะเฉพาะทั้งทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการพยาบาลเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลมาใช้ในการดูแลให้เกิดความครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม รวมทั้งการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแล การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องหลังจำหน่ายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูโดยเฉพาะผู้ป่วยวัยสูงอายุ ประกอบด้วย การติดตามความเป็นอยู่ สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ช่วยเหลือที่จำเป็น ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งมีความจำเป็นต้องปรับให้มีความเหมาะสมกับระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในชุมชนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่บ้าน

2.เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม

3.เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โรงพยาบาลปทุมรัตต์ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

วิธีการศึกษา

การศึกษารายกรณีนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 รายที่รับการรักษาในโรงพยาบาลปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ระหว่างวันที่ 9 ตุลาคม 2568 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ระหว่างวันที่ 23 มิถุนายน 2568 ดูแล 3 เดือนมีการเยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 รายเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน รุนแรง ซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญ ตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย

3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้เครื่องมือตามแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS5 เป็นแบบในการประเมินเยี่ยมบ้าน ใช้กระบวนการพยาบาล(Nursing process) กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	61	61
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	เมื่อเดือนกรกฎาคม 2568 ผู้ป่วยแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ยกไหล่ซ้ายได้เล็กน้อย ปวดไหล่ข้างซ้าย ปวดศีรษะและท้ายทอย วิงเวียนศีรษะ พูดไม่ชัด มุมปากซ้ายเบี้ยวเป็นตอนตื่นนอนขึ้นมา	เมื่อเดือนพฤษภาคม 2568 ผู้ป่วยมีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยวหน้าชาซีกซ้าย มองเห็นภาพครึ่งซีก พูดไม่ชัด มีอาการชักกระตุก ใส่สายสวนปัสสาวะ
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ,ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง 12 ปีรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลปทุมรัตต์	ป่วยด้วยโรคไขมันในเลือดสูงรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลปทุมรัตต์ 10 ปีชอบสูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และใช้สารเสพติดอื่นๆ
การตรวจร่างกาย	E4V5M6 pupil 3 mm RTL BE Motor power ข้างขวา grade 5 ข้างซ้าย grade 2 Left facial palsy fully consciousness ,Heart: regular rhythm, EKG : normal sinus rhythm,Lung : clear	E4V5M6 pupil 3 mm RTL BE Motor power ข้างขวา grade 5 ข้างซ้าย grade 1 Hemianopia Left facial palsy หน้าชา พูดไม่ชัด fully consciousness ,Heart: regular rhythm, EKG : normal sinus rhythm,Lung : clear

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37℃ ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 180/78 mmHg O2 sat 97% น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร BMI 26.666 ประเมิน NIHSS 9 คะแนน	สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9℃ ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 144/88 mmHg O2 sat 98% น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI 25.711 ประเมิน NIHSS 10 คะแนน
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลเอกซเรย์	CT brain : Sequelae of cerebral infarction DTX 173 mg/dl ,INR 1.0 วินาที,PT 11.7 วินาที, HbA1c 7.6 %, BUN 13.3 mg/dl, Creatinine 1.03 mg/dl,eGFR 58.8 ml/min/1.73m^2 ,LDL 130 mg/dl,HDL 50mg/dl,Cholesterol 169 mg/dl,Triglyceride 144 mg/dl	CT brain : Rt MCA infarction no intracranial hemorrhage DTX 107 mg/dl ,INR 1.0 วินาที,PT 12.4 วินาที, HbA1c 6.0 %, BUN 11.9 mg/dl, Creatinine 0.75 mg/dl,eGFR 99 ml/min/1.73m^2 ,LDL 162 mg/dl,HDL 48 mg/dl,Cholesterol 204 mg/dl,Triglyceride 157 mg/dl
การวินิจฉัยโรค	Ischemic Stroke	Ischemic Stroke

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบมีอายุเท่ากัน ซึ่งเมื่ออายุมากขึ้นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะสูงขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุมีความแตกต่างกันคือ เพศ ส่วนใหญ่จะพบเพศชายจะเกิดโรคมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.25 เท่า[6] การสูบบุหรี่ พบมากในเพศชาย 3.6 เท่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นก่อให้เกิดหลอดเลือดสมองตีบ ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 พบป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 12 ปีกินยาไม่สม่ำเสมอ จากความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดเสื่อมเนื่องจากแรงดันเลือดที่ออกมาจากหัวใจมีแรงดันสูงขึ้นทำให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่าย พบมากกว่า 35-73% ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ประกอบกับผู้ป่วยเป็นเบาหวานซึ่งเป็นอีกปัจจัยสำคัญรองลงมาจากความดันโลหิตสูง ส่วนภาวะอ้วนลงพุงพบในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ซึ่งทำให้เกิดความดันโลหิตและไตรกลีเซอไรด์สูง LDL สูง/HDL ต่ำ ทำให้ฮอร์โมนนำพาเซลล์ไขมันสู่กระแสเลือดลดลง เกิดไขมันในหลอดเลือดสูงส่งผลให้หลอดเลือดแข็งตัว ซึ่งเกิดในหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดสมองตีบ จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาพยาบาลชุมชนต้องเฝ้าระวังและให้ความรู้รวมถึงอธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง

จากการวิเคราะห์อาการและอาการแสดงผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบมีความพิการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้กล้ามเนื้อซีกซ้ายอ่อนแรงอาการที่เกิดขึ้นจะอยู่ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพในสมอง ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการสื่อภาษาและมีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกพบการรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ คือ ตาบอดครึ่งซีก (homonymous hemminopsia) และพบความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่ายต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ตลอด

ตารางที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ตามแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS เป็นแบบในการประเมินเยี่ยมบ้าน และสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การประเมิน INHOMESSS I : Immobility (การเคลื่อนไหวร่างกาย)		
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	**ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2**	**การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**
มีอาการอ่อนแรงของแขนขาข้างซ้าย Motor power ด้านขวาระดับ 5 ด้านซ้ายระดับ 2 นอนอยู่บนเตียงเคลื่อนไหวตัวเองอยู่กับที โดยพลิกตะแคงตัวได้ข้างเดียว ADL 10 คะแนนภาวะพึ่งพาปานกลาง	มีอาการอ่อนแรงของแขนขาข้างซ้าย Motor power ด้านขวาระดับ 5 ด้านซ้ายระดับ 1 นอนบนเตียงช่วยเหลือตัวเองได้บาง ใส่สายสวนปัสสาวะ ADL 7 คะแนนภาวะพึ่งพารุนแรง	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาเหมือนกันมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการเคลื่อนไหวร่างกายซีกซ้ายไม่ได้ **สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล** 1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเลือดมาเลี้ยงสมองลดลง 2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เนื่องจากไม่สามารถขยับแขนขาข้างซ้ายได้เอง 3.ความสามารถดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ
การประเมิน INHOMESSS N : Nutrition (โภชนาการ)		
รับประทานอาหารได้เองแต่ต้องมีผู้ช่วยเตรียมอาหารและคอยป้อนจำนวน 3 มื้อ ไม่ตรงเวลาชอบรับประทานอาหารรสหวาน เค็ม และ มัน ดื่มน้ำน้อยวันละ 3-5 แก้ว น้ำหนัก 60 กิโลกรัมส่วนสูง 150 เซนติเมตร BMI 26.660 มีภาวะน้ำหนักเกิน	รับประทานอาหารได้เองจำนวน 2 มื้อ ตรงเวลาชอบรับประทานอาหารรสหวาน และเนื้อติดมัน ดื่มน้ำน้อยวันละ 5-8 แก้ว น้ำหนัก 70 กิโลกรัมส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI 25.711 มีภาวะน้ำหนักเกิน	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมี BMI เกินเกณฑ์ มีพฤติกรรมบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ดื่มน้ำน้อย มีปัญหาการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม **สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล** 1.มีภาวะน้ำหนักเกินเนื่องจากพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม
การประเมิน INHOMESSS H : Home Environment (สภาพแวดล้อมในบ้าน)		
บ้านไม้ 2 ชั้นมีรั้ว มีต้นไม้รอบๆบ้านอยู่ติดถนนในเขตชุมชน มีบ้านติดกันหลายหลัง อาศัยอยู่ชั้นล่าง ผู้ป่วยนอนบริเวณห้องนั่งเล่น อากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างเพียงพอ พื้นบ้านและห้องน้ำไม่ลื่น โถส้วมแบบส้วมซึม ไม่มีราวจับ อาบน้ำแบบตักอาบ ภายในบ้านมีความสะอาดดี มีพื้นต่างระดับบริเวณขอบล่างของประตูทุกบาน	อาศัยที่วัด มีต้นไม้รอบๆวัดอยู่ติดถนนในเขตชุมชน ผู้ป่วยนอนชั้นล่าง โถส้วมเป็นแบบชักโครก ไม่มีราวจับ อาบน้ำแบบตักอาบ อากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างเพียงพอ พื้นห้องพักและห้องน้ำไม่ลื่นภายในห้องพักมีความสะอาดดี ไม่มีพื้นต่างระดับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเวลาเข้าห้องน้ำไม่มีราวจับและโถส้วมเป็นแบบนั่ง ที่อาบน้ำไม่มีฝักบัวต้องตักอาบ **สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล** 1.มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง
ปัจจุบันอาศัยกับสามีรับผิดชอบหลักเรื่องรายได้ มีบุตรสาว 1 คนแต่งงานมีหลาน 1 คนเป็นผู้ดูแลหลัก Care Giver ช่วยเหลือทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยไม่ได้ทำงาน ครอบครัวรักใคร่กันดี มีเพื่อนบ้านเป็น อสม.คอยแวะมาเยี่ยมเวลากลางวันอาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง	ปัจจุบันยังบวชเป็นพระภิกษุ อาศัยที่วัดมีบุตรชายเป็นผู้ดูแลหลัก แวะมาดูแลทุกวันตอนกลางวันจะมีสามเณรช่วยเหลือทำกายภาพบำบัด	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาการดูแลเนื่องจากไม่มีประสบการณ์ทำให้เกิดความวิตกกังวล ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรค **สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล** 1.ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินโรคและวิธีการดูแลที่บ้าน
การประเมิน INHOMESSS M : Medication (การใช้ยา)		
รายการยาที่ใช้เมื่อกลับบ้าน -Clopidogrel 75 mg 1X1 pc	รายการยาที่ใช้เมื่อกลับบ้าน -Aspirin 81 mg 1X1 pc	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับยารับประทานอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยกรณีศึกษา

ตารางที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ตามแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS เป็นแบบในการประเมินเยี่ยมบ้าน และสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

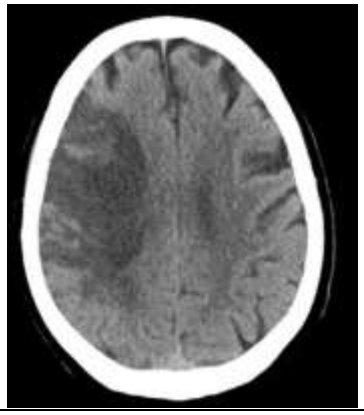
การประเมิน INHOMESSS I : Immobility (การเคลื่อนไหวร่างกาย)		
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	**ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2**	**การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**
-Amlodipine 10 mg 1X1 pc -Losartan 50 mg 1X2 pc -Atorvastatin 40 mg 1X1 hs -Hydralazine 25 mg 2X4 pc -Novomix 10 iu ac -Omeprazole 20 mg 1X1 ac -Folic acid 5 mg 1X1 pc -B co 1X3 pc ไม่ใช้ยาสมุนไพรหรืออาหารเสริม ลูกสาวเป็นคนจัดยาให้รับประทาน	-Atorvastatin 40 mg 2X1 hs -Omeprazole 20 mg 1X1 ac -Dilantin 100 mg 3X1 hs -Folic acid 5 mg 1X1 pc -B co 1X3 pc ไม่ใช้ยาสมุนไพรหรืออาหารเสริม สามเณรเป็นคนจัดยาให้รับประทาน	รายที่ 1 มีบุตรสาวดูแลเรื่องยาฉีดอินซูลินจึงได้รับยาครบและไม่มีปัญหา
การประเมิน INHOMESSS E : Examination (การตรวจร่างกาย)		
การประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 ℃ ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 169/67 mmHg O2 sat 98% ประเมิน NIHSS 9 คะแนน ADL 10 คะแนน พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ รู้วัน เวลา สถานที่ GCS=15 คะแนน มีพูดไม่ชัด บางคำ กำลังแขนขาข้างซ้ายยังอ่อนแรงระดับ 2	การประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 ℃ ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/86 mmHg O2 sat 98 % ประเมิน NIHSS 10 คะแนน ADL 7 คะแนน พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ รู้วัน เวลา สถานที่ GCS=15 คะแนน พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว กำลังแขนขาข้างซ้ายยังอ่อนแรงระดับ 1 มีชักกระตุก 1 ครั้ง คาสายสวนปัสสาวะออกสีเหลืองใส	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีสัญญาณชีพปกติ ยังมีภาวะแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงจึงส่งผลให้การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้ในบางส่วนปัญหาจึงเหมือนข้อ Immobility แต่ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 พบยังคาสายสวนปัสสาวะ **สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล** 1.เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะ
ภายในบ้านไม่พบสารเคมี น้ำมันเชื้อเพลิง ของมีคมวางอยู่บริเวณหน้าบ้านซึ่งจัดเก็บไม่เรียบร้อยอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ ยาเก็บไว้ที่ชั้นวางของ เครื่องใช้ไฟฟ้าภายในบ้านอยู่ในสภาพดีมีการบำรุงรักษา ภายในห้องน้ำปูด้วยกระเบื้องไม่ลื่น ประตูบานพับมีขอบล่างยื่นขึ้นมาทำให้เดินสะดุดล้มได้ ราวบันไดมั่นคง เตียงนอนเป็นเตียงไม้ไม่มีราวกั้นเตียง	ภายในที่พักไม่พบสารเคมี น้ำมันเชื้อเพลิง ของมีคมจัดเก็บเรียบร้อยเป็นระเบียบ ยาเก็บไว้ที่ตู้เก็บของ เครื่องใช้ไฟฟ้าภายในที่พักอยู่ในสภาพดีมีการบำรุงรักษา ภายในห้องน้ำปูด้วยกระเบื้องไม่ลื่น ไม่มีน้ำขังเปียกแฉะ ไม่มีพื้นต่างระดับ ราวบันไดมั่นคง เตียงนอนเป็นเตียงเหล็กมีราวจับด้านข้าง	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุเหมือนข้อ Home environment ปัญหาการพยาบาลเหมือนกัน
การประเมิน INHOMESSS S : Spiritual health (สุขภาวะทางจิตวิญญาณ)		
ผู้ป่วยและสามีทราบและรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง คัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และแบบประเมิน 9Q พบว่าผู้ป่วยวิตกกังวล 9 คะแนนเรื่องภาวะเจ็บป่วยและการดูแล ดังนี้ **Idea** (ความคิดต่อการเจ็บป่วย) ผู้ป่วยคิดว่าสาเหตุที่เจ็บป่วยเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารทำให้ป่วยเบาหวานและป่วยความดันโลหิตสูงมานาน 12 ปี	ผู้ป่วยและบุตรทราบและรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง คัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และแบบประเมิน 9Q พบว่าผู้ป่วยวิตกกังวล 10 คะแนนเรื่องภาวะเจ็บป่วยและการดูแล ดังนี้ **Idea** (ความคิดต่อการเจ็บป่วย) ผู้ป่วยคิดว่าสาเหตุที่เจ็บป่วยเกิดจากไขมันในเลือดสูง/การสูบบุหรี่	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ปัญหาด้านความเครียดจะน้อยกว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 เพราะมีผู้ดูแลตลอดเวลาและได้ระบายกับลูกสาวเป็นประจำ ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยไม่แสดงสีหน้าแต่จะนิ่งและเงียบ บุตรชายก็ไม่มีความรู้ และเวลาในการมาเฝ้าดูแลตลอดเวลาต้องเป็นภาระสามเณรที่อยู่ด้วย **สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**

ตารางที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ตามแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS เป็นแบบในการประเมินเยี่ยมบ้าน และสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การประเมิน INHOMESSS I : Immobility (การเคลื่อนไหวร่างกาย)		
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	**ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2**	**การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**
Feeling (ความรู้สึกของผู้ป่วย/ครอบครัว) ผู้ป่วยและครอบครัวกลัวการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ **Function** (ความสามารถในอาชีพ) ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพมีแต่สามีหาเงินคนเดียว รู้สึกว่าตัวเองด้อยคุณค่าและเป็นภาระต้องพึ่งพาลูกสาว **Expectation** (ความคาดหวัง) ผู้ป่วยและสามีมีความคาดหวังว่าถ้ากินยาและทำกายภาพบำบัดจะหายปกติ	**Feeling** (ความรู้สึกของผู้ป่วย/ครอบครัว) ผู้ป่วยและบุตรกลัวการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ **Function** (ความสามารถในอาชีพ) ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพรู้สึกว่าตัวเองด้อยคุณค่าและเป็นภาระต้องพึ่งพาผู้อื่น **Expectation** (ความคาดหวัง) ผู้ป่วยมีความคาดหวังว่าถ้ากินยาและทำกายภาพบำบัดจะหายปกติ	1.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและโรคที่คุกคามต่อชีวิตการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
การประเมิน INHOMESSS S : Service (ความช่วยเหลือ)		
ใช้สิทธิบัตรทองผู้สูงอายุที่ รพ.สต.ใกล้บ้านและรพ.ปทุมรัตต์ บริการ 1669 สามารถเข้าถึงได้ภายใน 15 นาที	ใช้สิทธิบัตรทองพระภิกษุ ที่รพ.ปทุมรัตต์ บริการ 1669 สามารถเข้าถึงได้ภายใน 10 นาที	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่พบปัญหาด้านการใช้บริการ

จากตารางที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ตามแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS เป็นแบบในการประเมินเยี่ยมบ้าน และสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน ดังนี้ ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 6 ข้อเหมือนกัน ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเลือดมาเลี้ยงสมองลดลง 2)เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เนื่องจากไม่สามารถขยับแขนขาข้างซ้ายได้เอง 3)ความสามารถดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ4) มีภาวะน้ำหนักเกินเนื่องจากพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม 5) มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง 6)ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินโรคและวิธีการดูแลที่บ้าน และพบแตกต่างกันจำนวน 1 ข้อในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะ จะเห็นว่าการวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลโดยการประเมิน INHOMESSS นั้นสามารถแจกแจงปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมผลจากการประเมิน INHOMESSS ช่วยให้พยาบาลค้นพบปัญหา(Nursing Diagnosis) และ ความต้องการ (Needs) ที่แท้จริง ทำให้การพยาบาลมีความต่อเนื่อง (Continuity of Care) และจำเพาะกับผู้ป่วยแต่ละราย (Individualized Care)จึงสรุปได้ว่าการประเมินสภาพผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS เป็นแนวทางสำคัญในการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) เพื่อประเมินภาวะสุขภาพอย่างองค์รวม (กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม) นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทจริงของผู้ป่วยและครอบครัว

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ	หญิงไทยอายุ 61 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ BMI 26.660 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานรับยามา 12 ปี	ชายไทยอายุ 61 ปีบวชเป็นพระภิกษุ มีไขมันในเลือดสูงรักษาต่อเนื่อง ที่โรงพยาบาลปทุมรัตต์ 10 ปีชอบสูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา BMI 25.711	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค คือ -เพศชายจะเกิดโรคมากกว่าเพศหญิง 1.25 เท่า -อายุมากขึ้นความเสี่ยงจะสูงขึ้น -ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้คือความดันโลหิตสูง,การสูบบุหรี่, ไขมันในเลือดสูง อ้วนน้ำหนักเกิน -การสูบบุหรี่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค Stroke คิดเป็น 3.6 เท่าซึ่งส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเกิดการหลอดเลือดสมองเสื่อม/ปริแตกของหลอดเลือดเสียหายต่อเนื้อเยื่อสมองผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติป่วย HT/DM มา 12 ปีและยังควบคุม BP สูงไม่ได้ ทำให้ BP 180/78 mmHg จากหลอดเลือดสมองเสื่อมขาดความยืดหยุ่น
2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	ผู้ป่วยแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ยกไหล่ซ้ายได้เล็กน้อย ปวดไหล่ข้างซ้าย ปวดศีรษะและท้ายทอย วิงเวียนศีรษะ พูดไม่ชัด มุมปากซ้ายเบี้ยว พูดไม่ชัดอาเจียน 2 ครั้ง เป็นตอนตื่นนอนขึ้นมา BP=180/78mmHg ก่อนมาโรงพยาบาล 6 ชั่วโมง -E4V5M6 Motor power แขนขาข้างขวา gr 5 แขนขาข้างซ้าย gr 2 pupil 3 mm RTL BEประเมิน NIHSS 9 คะแนน ADL 10 คะแนน -CT brain : Sequelae of cerebral infarction 	ผู้ป่วยมีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยวหน้าชาซีกซ้าย มองเห็นภาพครึ่งซีก พูดไม่ชัด มีอาการชักกระตุกใส่สายสวนปัสสาวะ BP = 144/88 mmHg เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง - E4V5M6 Motor power แขนขาข้างขวา gr 5 แขนขาข้างซ้าย gr 1 pupil 3 mm RTL BEประเมิน NIHSS 10 คะแนน ADL 7 คะแนน -CT brain : Rt MCA infarction no intracranial hemorrhage 	-กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการและอาการแสดงแตกต่างกันที่ตำแหน่งของการเกิดโรคคือ รายที่ 1 มีพยาธิสภาพที่ Sequelae of cerebral infarction คือ ภาวะแทรกซ้อนหรือผลต่อเนื่องระยะยาวหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) ซึ่งทำให้สมองขาดเลือดและเซลล์สมองตาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางร่างกายความรู้คิด อัมพาตครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด รายที่ 2 มีพยาธิสภาพที่สมอง Right Middle Cerebral Artery Infarction คือ ภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงสมองส่วนกลางด้านขวา ส่งผลให้เนื้อสมองซีกขวาตาย อาการหลักคืออ่อนแรงหรืออัมพาตซีกซ้าย (ใบหน้า แขน ขา), มองเห็นซีกซ้ายลดลง, และมีภาวะละเลยร่างกายซีกซ้าย (Hemineglect) เป็นภาวะฉุกเฉินต้องได้รับการรักษาทันทีเพื่อลดเนื้อสมองตาย[7]

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
3.การรักษา	-NSS 1,000 ml rate 80 ml/hs CBC,DTX,BUN/Cr/E'lyte/PT/ INR -NPO -EKG 12 lead -CXR,ส่ง CT รพ.เกษตรวิสัย -On oxygen 3 lit/min -observe N/S และ V/S -Consult staff Neuromed รพ.ร้อยเอ็ด -ไม่ได้ยา rt-PA -Clopidogrel 75 mg 1X1 pc -Amlodipine 10 mg 1X1 pc -Losartan 50 mg 1X2 pc -Atorvastatin 40 mg 1X1 hs -Hydralazine 25 mg 2X4 pc -Novomix 10 iu ac -Omeprazole 20 mg 1X1 ac -Folic acid 5 mg 1X1 pc -B co 1X3 pc	-NSS 1,000 ml rate 80 ml/hs CBC,DTX,BUN/Cr/E'lyte/PT/ INR -NPO -EKG 12 lead -CXR,ส่ง CT รพ.เกษตรวิสัย -On oxygen 3 lit/min -observe N/S และ V/S -Consult staff Neuromed รพ.ร้อยเอ็ด -ให้ยา rt-PA ทางหลอดเลือดดำ -Atorvastatin 40 mg 2X1 hs -Omeprazole 20 mg 1X1 ac -Folic acid 5 mg 1X1 pc -B co 1X3 pc -Aspirin 81 mg 1X1 pc -Dilantin 100 mg 3X1 hs	การให้การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ประเภท Ishemic stroke มี 3 กลุ่ม คือ 1.กลุ่ม Antiplatelet aggregation หรือ Platelet inhibitors ซึ่งเป็นการต้านเกล็ดเลือดโดยในกลุ่มนี้ผู้ป่วยได้รับการให้ยา ASA ,Clopidogrel 2.กลุ่ม Anticoaulants ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น Warfarin เป็นต้น 3.กลุ่ม Thrombolysis agents หรือ Fibrinolysis agents เช่น Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ในผู้ป่วยรายที่ 2 แพทย์พิจารณาให้ยา rt-PA
4.การพยาบาลระยะฟื้นฟูและการเยี่ยมบ้าน	สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล<u>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1</u> 1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเลือดมาเลี้ยงสมองลดลง 2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เนื่องจากไม่สามารถขยับแขนขาข้างซ้ายได้เอง 3.ความสามารถดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง 4. มีภาวะน้ำหนักเกินเนื่องจากพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม 5.มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง 6.ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินโรคและวิธีการดูแลที่บ้าน	สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล<u>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1</u> 1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเลือดมาเลี้ยงสมองลดลง 2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เนื่องจากไม่สามารถขยับแขนขาข้างซ้ายได้เอง 3. ความสามารถดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง 4. มีภาวะน้ำหนักเกินเนื่องจากพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม 5.มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง 6.ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินโรคและวิธีการดูแลที่บ้าน 7.เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการใส่คาสายสวนปัสสาวะ	ผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติช่วยให้ระบายปัญหาข้อข้องใจโดยรับฟังอย่างเห็นอกเห็นใจจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 1 จำนวน 6 ข้อผู้ป่วยรายที่ 2 จำนวน 7 ข้อได้ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลพบว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยคลายวิตกกังวลและมีความรู้ ทักษะในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ
	สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล <u>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2-4</u> ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อ 1,4,5 คงเดิม	สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล <u>การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2-4</u> ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อ 1,4,5,7 คงเดิม	ผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2-4 วัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัญหาใหม่และติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายให้ความร่วมมือในการดูแลรักษามีการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ไปตรวจตามแพทย์นัด ญาติ/สามเณรทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลอย่างดี ผู้ป่วยมีความพยายามที่จะทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองจากการประเมินผลบรรลุเป้าหมายการพยาบาลที่วางแผนไว้จึงส่งต่อผู้ป่วยให้กับ อสม./Care giver ในหมู่บ้านเพื่อดูแลต่อเนื่องต่อไป

จากตารางที่ 3 กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยเป็น Ischemic stroke มีอาการแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว เป็นผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวซึ่งโรคดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงที่ส่งเสริมการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ หลังจากที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่ได้รับยา recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) เนื่องจากผู้ป่วยมารับการรักษาช้ากว่าเวลาที่จะส่งเข้าระบบ Fast track ไม่สามารถให้ยา rt-PA ได้ ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 เข้าระบบ Stroke fast track ได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหากรักษาช้าจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังเช่นผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ซึ่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ถ้าไม่ได้รับการจัดการหรือการดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ต้องใช้เวลาในการรักษานาน เสียค่าใช้จ่ายสูงส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว พยาบาลชุมชนจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันเมื่อมีการตีบหรืออุดกั้นของหลอดเลือดที่สมองถ้าสามารถแก้ไขให้เลือดกลับมาไหลเวียนได้อย่างพอเพียง เนื้อสมองส่วนนี้จะสามารถกลับมาทำงานได้อีก แต่ส่วนใหญ่ที่พบจะมารับการรักษาล่าช้าทำให้สมองมีร่องรอยความเสียหายทางระบบสมองหลงเหลืออยู่ ต้องใช้เวลาในการรักษานาน เสียค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว ความพิการส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ครอบครัวเป็นจุดสำคัญในการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ ดังนั้นสิ่งที่สำคัญที่ดีที่สุดคือการป้องกันการเกิดโรค การสร้างความตระหนักให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสม ปรับพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค การตรวจสุขภาพ การคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูง/เบาหวาน/อ้วนลงพุง หากพบว่าผิดปกติควรได้รับการรักษาที่ถูกต้อง หากเป็นกลุ่มเสี่ยงควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสเกิดโรค พยาบาลชุมชนจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจทักษะที่ดีเมื่อพบผู้มารับบริการที่มีภาวะเสี่ยง ควรให้คำแนะนำ ให้ความรู้เรื่องโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างความตระหนักให้ผู้มารับบริการทราบถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการส่งเสริมป้องกันโรค พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการวางแผนตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งเตรียมจำหน่าย พยาบาลชุมชนต้องร่วมวางแผนจำหน่ายกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อจำหน่ายกลับบ้านควรมีการติดตามดูแล

ต่อเนื่องที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วย ตามการประเมิน INHOMESSS ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์รตา สุขรื่นบุลภรณ์[8] ที่พบว่าการวางแผนจำหน่ายกับทีมการประสานกับ รพ.สต.และ อสม.ร่วมติดตามผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว และสอดคล้องกับ วัชราภรณ์ ศรีบัว[9]พบว่าการพยาบาลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้านญาติ/ผู้ดูแลต้องมีความรู้ในการดูแลฟื้นฟูและลดปัจจัยเสี่ยงโอกาสกลับมาเป็นซ้ำ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับ วิไลรัตน์ วงษ์แก้ว[10] พบว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยส่งเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้โดยการปฏิบัติตัวหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและสามารถลดความพิการได้หากผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องสัญญาณเตือนและเข้ารับการรักษาที่รวดเร็วสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทัน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญต้องติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง มีการส่งต่อข้อมูลสุขภาพไปยังพื้นที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ พยาบาลชุมชนจะคอยประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุขเพิ่มคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. การนำกระบวนการพยาบาลใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยในชุมชนทำให้สามารถแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยได้ตามเป้าหมายสามารถส่งต่อข้อมูลปัญหาของผู้ป่วยให้แก่พยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพในชุมชน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น พยาบาลควรมีการประเมิน วิเคราะห์ปัญหาที่พบและสามารถนำกระบวนการพยาบาลสู่การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายในชุมชน เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง

2. การพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน (care giver) เป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพจะต้องมีการจัดอบรมฟื้นฟูให้ความรู้ด้านการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง การตรวจประเมินคัดกรองการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เนื่องจากบุคลากรดังกล่าวเป็นอัตรากำลังสำคัญที่จะนำแผนการพยาบาลดูแลที่พยาบาลได้กำหนดไว้ไปให้การพยาบาลดูแลกับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในชุมชนได้

3. ให้ความสำคัญในการให้ความรู้ การสร้างความตระหนักแก่สมาชิกในชุมชนรวมถึงเจ้าหน้าที่บุคลากรในหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่รับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งด้านของการป้องกันการเกิดโรคและประเมินอาการเบื้องต้นด้วยตนเองได้

4. การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้กำลังใจเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติให้สามารถเผชิญปัญหาและดูแลตนเองได้มีการกำหนดแนวทางให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยการป้องกันการเกิดโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น

5. มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยยึดตามแนวทาง INHOMESSS เพื่อติดตามอาการและติดตามเรื่องการรักษาอย่างต่อเนื่อง

6. พัฒนาเครื่องมือสื่อสาร ติดตามเยี่ยมทาง Line เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรึกษาทาง Line เพื่อประเมินและจัดการอาการ สิ่งแวดล้อมที่บ้านอย่างเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องตลอดจน ภาคีเครือข่ายและผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization.(2025).Stroke Cerebrovascular accident.https://www.who.int/

2.กระทรวงสาธารณสุข.(2568).อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง.
https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=2&pf=01818101&tp=12_3

3.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2568).รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก.
https://www.hfocus.org/content/2025/10/35790

4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.(2568).อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง.
https://hdc.moph.go.th/ret/public/standard-report-detail/b184366d9fa112292f8374184b21e1a8.

5.สุดารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล.(2561).แนวคิดระบบบริการปฐมภูมิหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวINHOMESSS.
http.//www.thaihealthconsumer.org

6.สามารถ นิธินันทน์.(2559).ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง.https://.cimjournal.com

7.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. โรงพิมพ์ธนาเพรส\

8.พรทิพย์รตา สุขรื่นบุลภรณ์.(2564).การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน.วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจักรีรัช,1(2),113-129.

9.วัชราภรณ์ ศรีบัว.(2568).การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมระยะฟื้นฟูที่บ้าน โรงพยาบาลสามชัย : กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารวิทยาการสิ่งแวดล้อมไทย,8(1),119-133.

10.วิไลรัตน์ วงษ์แก้ว.(2567).การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในชุมชน:กรณีศึกษา 2ราย. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม,8(16),251-263.

ประสิทธิผลการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง

Effectiveness of Clinical Practice Guidelines Implementation for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients at Non Sung Hospital.

(Received: March 27,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

เชิดพงศ์ เชิญกลาง[1]
Cherdpong Choengklang

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ตามมาตรฐาน GOLD Guideline ในโรงพยาบาลโนนสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วย COPD ที่มีประวัติหอบกำเริบจำนวน 60 ราย ดำเนินการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวัดก่อนและหลังการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมิน mMRC, CAT score, การตรวจสมรรถภาพปอด (FEV_1), และแบบประเมินทักษะการใช้ยาพ่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 75.0) อายุเฉลี่ย 68.4 ปี มีปัจจัยเสี่ยงหลักคือการสูบบุหรี่และการสัมผัสควันไฟจากการประกอบอาชีพเกษตรกร ภายหลังการได้รับแนวทางการดูแล รักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า 1) ผลลัพธ์ทางคลินิก: ระดับความหอบเหนื่อย (mMRC) ลดลงจาก 2.80 เป็น 1.35 และคุณภาพชีวิต (CAT score) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญโดยคะแนนลดลงจาก 25.30 เป็น 11.80 ($p < 0.001$) 2) สมรรถภาพปอด: ค่าเฉลี่ย FEV_1 %Predicted เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.50 เป็น 58.20 ($p = 0.012$) 3)พฤติกรรมการดูแลตนเอง: ทักษะการใช้ยาพ่นที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.0 เป็นร้อยละ 88.0 และ 4) ผลลัพธ์ด้านการบริการ: อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำลดลงจากร้อยละ 25.0 เหลือร้อยละ 8.5

คำสำคัญ: แนวทางการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of implementing Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) care guidelines based on the GOLD Guideline at Non Sung Hospital. The sample consisted of 60 COPD patients with a history of exacerbation. A pre-test and post-test design was employed. Research instruments included the mMRC scale, COPD Assessment Test (CAT) score, Spirometry (FEV_1), and an inhaler technique assessment. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test.

Results: Many participants were male (75.0%) with an average age of 68.4 years. Primary risk factors included smoking and occupational exposure to agricultural smoke. After receiving the multidisciplinary care intervention, the results showed: 1) Clinical Outcomes: The dyspnea level (mMRC) decreased from 2.80 to 1.35, and the quality of life (CAT score) significantly improved, with scores dropping from 25.30 to 11.80 ($p < 0.001$). 2) Lung Function: The mean FEV_1 %Predicted increased from 51.50% to 58.20% ($p = 0.012$). 3) Self-care Behavior: Correct inhaler technique significantly increased from 30.0% to 88.0%. 4) Healthcare Outcomes: The re-hospitalization rate markedly decreased from 25.0% to 8.5%.

Keywords: Treatment guidelines, Chronic obstructive pulmonary disease patients

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลโนนสูง

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่มีลักษณะการอุดกั้นของลมหายใจอย่างถาวร ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก เรื้อรัง มีเสมหะ และมีภาวะกำเริบเฉียบพลันที่อาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าโรค COPD เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาในประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รายงานว่าโรค COPD เป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง และเป็นภาระต่อระบบสุขภาพในระยะยาว โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับอำเภอหรือโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มักรับภาระดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก[1]

โรงพยาบาลโนนสูง เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 จำนวนเตียง 60 เตียงให้บริการจริง 86 เตียง มีประชากรประมาณ 123,601 คน ในปี 2552 ได้จัดตั้งคลินิกเฉพาะโรค COPD ในโรงพยาบาลขึ้นปี 2554 เริ่มใช้ GOLD standard guideline มาใช้เป็นแนวทางในการรักษา ปี 2556 มีการนำยาพ่นกลุ่ม ICS/LASA เข้ามาใช้ในโรงพยาบาล และปี 2557 นำเครื่อง Spirometry มาใช้ประเมินแบ่งระดับผู้ป่วย ปัจจุบันมีผู้ป่วย COPD เฉลี่ยปีละ 200-250 ราย จากปัญหาที่ผ่านมา ปี 2565-2567 พบผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคและเกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องมานอนโรงพยาบาล ส่วนมากเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ มีพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง เมื่อกลับบ้านพบปัญหาเรื่องการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น เทคนิคการพ่นยาไม่ถูกต้อง นำยาพ่นเช้าเย็นมาพ่นเวลาหอบ, กดยาหลายครั้ง , เวลาพ่นยาปิดปากไม่สนิท , ทำให้ได้ยาไม่ครบ 100 % ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่ มีอาชีพเกษตรกร ทำไร่ ทำนา เผาฟางข้าวในนา อาชีพเผาถ่าน เผาขยะบริเวณบ้าน เลี้ยงไก่ใต้ถุนบ้าน คนรอบข้างสูบบุหรี่ ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการดูแลและป้องกันอาการกำเริบ จนส่งผลให้เกิด Respiratory Failure อัตราการ Re-visit และ Re-admit เพิ่มขึ้น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแล โรงพยาบาลโนนสูงจึงได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในคลินิกและปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ปัจจุบันมีอายุรแพทย์ 2 คน สำหรับการดูแลรักษาในคลินิกเฉพาะโรค โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรค COPD เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3–5 ปีที่ผ่านมา การให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย COPD ในพื้นที่ยังมีข้อจำกัดหลายประการ ทั้งในด้านทรัพยากร บุคลากร และแนวทางการดูแลที่เป็นระบบ ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโดยรวม[2]

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของกระบวนใช้แนวทางการดูแลในการตรวจรักษาผู้ป่วยโรค COPD ที่โรงพยาบาลโนนสูง ทั้งในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการกำเริบ, ค่า FEV_1, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และด้านการบริการ เช่น การใช้ยาถูกต้อง, ความพึงพอใจ และจำนวนครั้งในการกลับมานอนโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วย COPD ให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรงพยาบาลโนนสูง

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย แบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยก่อนและหลังการให้บริการตรวจรักษา (Pre-test – Post-test design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของการตรวจรักษาผู้ป่วยโรค COPD ตามแนวทางที่โรงพยาบาลโนนสูงให้บริการจริง ในระหว่าง 31 สิงหาคม 2568 - 28 กุมภาพันธ์ 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ผู้ป่วยโรค COPD ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโนนสูง

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค COPD ตามเกณฑ์ GOLD guideline และรับการรักษาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 เดือน

เกณฑ์การคัดเลือก 1) มีอายุ 40 ปีขึ้นไป 2) มีค่า $FEV_1/FVC < 0.7$ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 3) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณของ G*Power เพื่อให้ได้ค่า power ≥ 0.8 โดยคาดว่าจะใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยและการประเมิน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือหลากหลายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ (1) เครื่องมือรวบรวมข้อมูลทั่วไป และ (2) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย เพื่อใช้เก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคร่วม พฤติกรรมเสี่ยง (สูบบุหรี่/ฝุ่น/อาชีพ) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย COPD ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity): แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่า IOC (Item-Objective Congruence) ≥ 0.67 ทุกข้อ

2. แบบประเมินอาการหอบเหนื่อย (Modified Medical Research Council: mMRC) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการหอบเหนื่อยในผู้ป่วยที่มีโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) ซึ่งช่วยในการวัดความรุนแรงของอาการหอบเหนื่อย และสามารถใช้ในการติดตามอาการของผู้ป่วยได้ ประกอบด้วย 5 ระดับ ซึ่งใช้ในการประเมินอาการหอบเหนื่อยจากน้อยไปจนถึงรุนแรง ได้แก่ **ระดับ 0**: ไม่มีอาการหอบเหนื่อย (ไม่รู้สึกเหนื่อยในการทำกิจกรรมปกติ) **ระดับ 1**: หอบเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมที่ใช้พลังงานปกติ เช่น เดินเร็วหรือเดินขึ้นบันได **ระดับ 2**: หอบเหนื่อยเมื่อเดินระยะทางสั้น หรือเดินกับคนที่มีอัตราการเดินเร็ว **ระดับ 3**: หอบเหนื่อยหลังจากเดินประมาณ 100 เมตร หรือ 2-3 นาที **ระดับ 4**: หอบเหนื่อยจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้ หรือหอบเหนื่อยแม้ในขณะพัก การใช้แบบประเมินนี้ช่วยให้แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์สามารถประเมินสถานะของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน และสามารถใช้ในการตัดสินใจในการรักษาหรือการดูแลที่เหมาะสมได้ **ความเชื่อมั่น (Reliability)**: จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่ามีค่า Cronbach's alpha = 0.86

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย COPD (CAT: COPD Assessment Test) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย GlaxoSmithKline มีทั้งหมด 8 ข้อ คะแนนรวม 0–40 ยิ่งคะแนนสูงหมายถึงคุณภาพชีวิตต่ำ **การแปลและตรวจสอบภาษาไทย**: ใช้ฉบับแปลไทยที่ได้รับอนุญาต **ค่าความเชื่อมั่น**: Cronbach's alpha ในงานวิจัยไทย = 0.82

4. การทดสอบสมรรถภาพปอด (FEV_1 และ FEV_1/FVC) วัดโดยใช้เครื่อง Spirometry โดยพยาบาลผู้ผ่านการอบรม ใช้ผลค่า FEV_1 (% predicted) เป็นเกณฑ์ประเมินการเปลี่ยนแปลงหลังการรักษา วัดในระยะก่อนและหลังการวิจัย (ห่างกัน 3 เดือน)

5. แบบประเมินความถูกต้องในการใช้ยาพ่น อ้างอิงจากแนวทาง GOLD และ ThaiGOLD ประเมิน 8 ขั้นตอนของการใช้ยา pMDI และ DPI **เกณฑ์การให้คะแนน**: ทำถูก ≥ 6 ขั้นตอน = "ผ่าน", ต่ำกว่า = "ไม่ผ่าน" **การตรวจสอบความตรง**: ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (IOC ≥ 0.75)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1 ประชุมชี้แจงโครงการแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

2 จัดอบรมแนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD ตาม CPG และแนวทางการวางแผนจำหน่าย (discharge planning)

3 จัดทำแบบฟอร์ม checklist สำหรับติดตามการดูแลผู้ป่วย และเอกสาร discharge plan

4 นำไปใช้จริงกับผู้ป่วย COPD ที่กำเริบเฉียบพลัน ระยะเวลา 3,6 เดือน

5 เก็บข้อมูลและประเมินผลลัพธ์ เปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลังก่อนใช้แนวทาง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนการศึกษา (Baseline): รวบรวมข้อมูลพื้นฐาน FEV_1, mMRC, CAT score, การใช้ยา

การให้บริการตามปกติ (Routine treatment): ให้การรักษาตามแนวทาง GOLD ที่ใช้ใน รพ.โนนสูง

ระยะหลังการศึกษา (3 เดือน): ประเมินข้อมูลซ้ำโดยใช้เครื่องมือชุดเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป สถิติเชิงพรรณนา: ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อน–หลัง Paired t-test (ถ้าข้อมูลปกติ) หรือ Wilcoxon signed-rank test (ถ้าไม่ปกติ) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติตั้งไว้ที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สสจ นครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย NRPH 149 อนุมัติ วันที่ 15 สิงหาคม 2568 ผู้เข้าร่วมจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาและลงนามในแบบฟอร์มยินยอมก่อนเข้าร่วม

ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่องประสิทธิผลการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรงพยาบาลโนนสูง ผู้วิจัยสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศชาย จำนวน 45 ราย (ร้อยละ 75.0) และเพศหญิง 15 ราย (ร้อยละ 25.0) มี อายุเฉลี่ย 68.4 ปี (S.D. = 7.2) โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.0) ปัจจัยเสี่ยง: พบว่าร้อยละ 90.0 มีประวัติการสูบบุหรี่ โดยแบ่งเป็นเคยสูบแต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 65.0) และยังสูบอยู่ในปัจจุบัน (ร้อยละ 25.0) มีค่าเฉลี่ยการสูบสะสม 25.5 แพ็ค-ปี อาชีพและสิ่งแวดล้อม: กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ซึ่งมีการสัมผัสควันไฟจากการเผาฟางและควันจากการเผาถ่านในครัวเรือนอย่างสม่ำเสมอ โรคร่วมที่พบมากที่สุด: คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.0) รองลงมาคือ เบาหวาน (ร้อยละ 35.0) และโรคหัวใจ (ร้อยละ 15.0)

2 ประสิทธิผลทางคลินิกและคุณภาพชีวิต (เปรียบเทียบก่อน-หลัง)

จากการนำแนวทาง GOLD Guideline และการบริหารจัดการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมาใช้ พบการเปลี่ยนแปลงทางสถิติดังนี้:

ผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

พบว่าภายหลังการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ที่โรงพยาบาลโนนสูง กลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นในทุกตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอภิปรายประเด็นสำคัญได้ดังนี้:

1. การพัฒนาทักษะการใช้ยาพ่นและผลต่อสมรรถภาพปอด (FEV_1)

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนทักษะการใช้ยาพ่นเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากเฉลี่ย 3.80 เป็น 7.20 ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับค่า FEV_1 %Predicted ที่เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 51.50 เป็น 58.20 ($p = 0.012$) ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาหลักของผู้ป่วยในเขตอำเภอโนนสูงไม่ใช่การขาดแคลนยา แต่คือ "เทคนิคการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง" เช่น การกดยาหลายครั้งในหนึ่งลมหายใจ หรือการสูดหายใจไม่สัมพันธ์กับการกดยา เมื่อทีมสหสาขาวิชาชีพดำเนินการสอนและประเมินซ้ำตามขั้นตอนมาตรฐาน (8 ขั้นตอน) ส่งผลให้ตัวยาพ่นกลุ่ม Bronchodilators และ Corticosteroids เข้าสู่ทางเดินหายใจส่วนปลายได้เต็มประสิทธิภาพ (Effective dose) จึงช่วยลดการอุดกั้นของหลอดลมและเพิ่มสมรรถภาพปอดได้จริง

2. การลดระดับความหอบเหนื่อย (mMRC)

ค่าเฉลี่ยคะแนน mMRC ลดลงจาก 2.80 เหลือ 1.35 ($p < 0.001$) แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงจากระดับที่ผู้ป่วยต้องหยุดเดินเพื่อพักเหนื่อยเป็นระยะ (ระดับ 2-3) มาเป็นระดับที่เหนื่อยเฉพาะเมื่อทำกิจกรรมหนัก (ระดับ 1) ผลลัพธ์นี้เกิดจากการที่ทางเดินหายใจมีความโล่งตัวมากขึ้น (Airflow improvement) และการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ในการจัดการอาการกำเริบด้วยตนเอง (Self-management) ทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลขณะหายใจลำบาก ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (CAT score)

คะแนน CAT score ลดลงอย่างมากจาก 25.30 เหลือ 11.80 ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นการลดลงที่มากกว่า 2 คะแนน (Minimal Clinically Important Difference: MCID) แสดงให้เห็นว่าการรักษาตามแนวทาง GOLD Guideline ไม่เพียงแต่ปรับปรุงตัวเลขทางคลินิก แต่ยังส่งผลต่อภาพรวมการใช้ชีวิตของผู้ป่วย เช่น อาการไอที่ลดลง การนอนหลับที่ดีขึ้น และความมั่นใจในการออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงต้องเผาถ่านหรือทำไร่ (ปัจจัยเสี่ยงด้านอาชีพ) แต่การมีสมรรถภาพปอดที่สำรองไว้ได้ดีขึ้น (Lung reserve) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับมลพิษในสิ่งแวดล้อมได้ดีกว่าเดิม

สรุปผล

ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกันของทุกตัวแปรในตารางที่ 1 ยืนยันว่า กระบวนการดูแล (Process) ที่เน้นการประเมินด้วย Spirometry ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาพ่น เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ ผลลัพธ์ (Outcome) ทางสุขภาพของผู้ป่วย COPD ในโรงพยาบาลชุมชนดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับแนวคิดของ Donabedian Model ที่ว่าโครงสร้างและกระบวนการที่ดีจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ

พบว่าภายหลังการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ของโรงพยาบาลโนนสูง กลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้:

1. ระดับอาการหอบเหนื่อย (mMRC): ค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงจาก 2.85 เป็น 1.42 แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยน้อยลงขณะทำกิจวัตรประจำวัน

2. คุณภาพชีวิต (CAT score): คะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างชัดเจน (จาก 24.60 เหลือ 12.15) สะท้อนว่าโรค COPD ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยลดลงมากกว่าร้อยละ 50

3. สมรรถภาพปอด (FEV_1): มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.40 เป็น 58.90 ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับยาพ่นที่เหมาะสมตามเกณฑ์ GOLD และการมีทักษะการพ่นยาที่ถูกต้อง

4. ทักษะการใช้ยาพ่น: เป็นตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.20 เป็น 7.40 (จากคะแนนเต็ม 8) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผลการรักษาทางคลินิกด้านอื่นๆ ดีขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

การนำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ตามมาตรฐาน GOLD Guideline มาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลโนนสูง โดยเน้นกระบวนการวินิจฉัยด้วย Spirometry และการเพิ่มทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านสมรรถภาพปอด คุณภาพชีวิต และลดการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำ ผลการวิจัยที่พบว่าสมรรถภาพปอด (FEV_1) เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับทักษะการพ่นยาที่ถูกต้องนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ **Lavorini และ Usmani[3] (2023)** ที่ระบุว่าความผิดพลาดในการใช้เครื่องมือพ่นยาเป็นอุปสรรคสำคัญในการควบคุมโรค..."**ประเด็นการจัดการโดยทีม:** "การลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admit) สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพของ **Chen และคณะ[4]** ที่พบว่ากระบวนการดูแลที่เป็นระบบช่วยลดอัตราการกำเริบเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญ

การลดอัตรา Re-hospitalization: เกิดจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการ "Process" (ตามแนวคิด Donabedian) ที่เน้นการสอนเทคนิคพ่นยาและการติดตามต่อเนื่อง ทำให้ปัญหาเดิม (การพ่นยาไม่ถูกวิธี/ได้ยาไม่ครบ 100%) ได้รับการแก้ไข

บทบาททีมสหสาขา: การทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์อายุรแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางช่วยให้การแบ่งกลุ่มความรุนแรงและการให้ยาตรงกับพยาธิสรีรภาพของผู้ป่วย สอดคล้องกับวรรณกรรมที่ทบทวนพบว่าการจัดตั้งคลินิกเฉพาะโรคช่วยลดการกำเริบเฉียบพลันได้จริง

ข้อเสนอแนะ

การนำไปใช้

ควรขยายผลแนวทางการดูแลนี้ไปสู่เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อช่วยติดตามเรื่องสิ่งแวดล้อมที่บ้าน (เช่น การเผาขยะ/ฟาง) และประเมินทักษะการใช้ยาพ่นในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพิ่มเติมเกี่ยวกับอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อพัฒนารูปแบบการเลิกบุหรี่ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตเกษตรกรในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข. https://ddc.moph.go.th/
2. World Health Organization. (2023). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd
3. โรงพยาบาลโนนสูง. (2567) รายงานคลินิกเฉพาะโรค COPD. โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา
ทิพย์สุดา กาญจนานนท์, และ กาญจนา ลีลาวัฒน์. (2564). ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางปอดโดยใช้ขวดปากเป่าต่อสมรรถภาพร่างกายและอาการเหนื่อยในผู้ป่วย COPD. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 31(2), 21–33.

4. Lavorini, F., & Usmani, O. S. (2023). Correct inhalation technique: A must for effective management of chronic obstructive pulmonary disease. Expert Review of Respiratory Medicine, 17(4), 315–325. https://doi.org/10.1080/17476348.2023.2203310
5. Chen, Y., et al. (2021). Effectiveness of a multidisciplinary team-based management program on outcomes in patients with COPD: A systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Nursing, 30(17-18), 2465–2479.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

การศึกษาผลของการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

A Study of the Effects of Developmental Stimulation on Early Childhood Children with Developmental Delays Prachonchai Hospital, Buriram Province.

(Received: March 27,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

ปพิชญา บุญรังศรี[1]
Papichaya Boonrangsri[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการกระตุ้นพัฒนาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับพัฒนาการในเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัดผลลัพธ์กลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง เพื่อติดตามผลลัพธ์ของการพยาบาลการส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่ามีพัฒนาการช้าจำนวน 30 คน รูปแบบของการศึกษาเป็นการกระตุ้นพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก การใช้ภาษา การเข้าใจภาษา และการช่วยเหลือตนเองเครื่องมือในการศึกษาด้วยแบบประเมิน DSPM และ TEDA4I การกระตุ้น การฉีดวัคซีนและการสอนผู้ปกครองสำหรับการฝึกกระตุ้นพัฒนาการต่อเนื่องที่บ้าน ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ สถิติที่ใช้ในการศึกษาเป็นสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่าการทดสอบด้วยแบบประเมิน TEDA4I คะแนนพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังได้รับโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการสูงกว่าก่อนทดลองในทุกด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นจาก 30.00 เป็น 46.60 คะแนนและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า ระดับความรู้ในการปฏิบัติในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง 4 ด้าน ด้านร่างกาย ด้านภาษาและสติปัญญา ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคม พบว่าระดับดีมาก

คำสำคัญ: เด็กปฐมวัย 0-5 ปี การส่งเสริมพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า

Abstract

This study aimed to study the effects of developmental stimulation on developmental changes in early childhood children with developmental delays. This study was a quasi-experimental study, with a single group measured before and after, to follow up on the outcomes of nursing interventions promoting development in early childhood children diagnosed by physicians with developmental delays, totaling 30 participants. The study focused on developmental stimulation in gross motor, fine motor, expressive language, receptive language, and self-care. The study instruments included the DSPM and TEDA4I assessments. Developmental stimulation, vaccination, and parental education for continuous home-based developmental training. The study duration was 12 weeks. The statistics used in the study were descriptive statistics, percentages.

Results: It was found that testing with the TEDA4I assessment, the developmental scores of early childhood children after receiving the developmental stimulation program were higher than before the experiment in all aspects, with the total average score increasing from 30.00 to 46.60 points, and there was a statistically significant difference at the 0.05 level ($p < 0.05$). It was shown that the program is effective in promoting the development of early childhood with developmental delays. The levels of knowledge in

[1] กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

practice for promoting child development of parents in 4 aspects: physical, language and intelligence, emotional and mental, and social, were found to be at a very good level.

Keywords: Early childhood (0–5 years), Promoting the development of children with developmental delays

บทนำ

เด็กถือว่าเป็นทรัพยากรที่มีค่าที่สุด ถ้าเด็กได้เริ่มต้นวางรากฐานที่ดีเกี่ยวกับพัฒนาการทางสุขภาพทั้งทางร่างกาย ด้านสังคมแล้วจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ แข็งแรง เพราะเด็กจะเป็นประชากรของสังคมการที่ประชาชนทุกคนมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาวะที่ดี” ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบหลักประกันสุขภาพทั่วหน้า หน่วยส่งเสริมสุขภาพได้นำนโยบายของระบบหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าคือการให้บริการปรึกษาด้านสุขภาพ การให้สุขศึกษาการดูแลสุขภาพ คัดกรองพัฒนาการเด็กตามวัยและฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากพัฒนาการของเด็กเป็นสิ่งสำคัญตั้งแต่วัยทารก เป็นการแสดงความสามารถในการปรับตัวของเด็กต่อสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการพัฒนาไปพร้อมๆกันคือด้านร่างกาย ด้านภาษาและด้านสังคม และการช่วยตนเอง พัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ ซึ่งต้องอาศัยการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกายเป็นส่วนประกอบ ในการส่งเสริมพัฒนาการทุกๆด้านนั้นมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาบุคลิกภาพที่ดีของบุคคลให้บุคคลสามารถพัฒนาตนเองให้อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข สามารถปรับตัวได้พัฒนาการทางสังคมของเด็กจะเริ่มเมื่อเด็กเข้าใจความแตกต่างระหว่างตนเองกับผู้อื่น เด็กแสดงพฤติกรรม การยิ้ม การร้องไห้ ในการเริ่มต้นสัมพันธภาพทางสังคม หลัง 6 เดือนไปแล้ว พฤติกรรมทางสังคมของเด็กจะขยายตัวอย่างรวดเร็ว เพราะเด็กเริ่มทำสิ่งต่างๆได้บ้าง[1]

เด็กปฐมวัย คือ เด็กที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 0-5 ปี การอบรมเลี้ยงดูเด็กในวัยนี้มีความสำคัญมาก เนื่องจากวัยนี้ธรรมชาติอยากรู้อยากเห็นในสิ่งแวดล้อมรอบตัวส่งผลให้เกิดพัฒนาการที่เป็นรากฐาน ของการเจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงบุคลิกภาพในอนาคต พัฒนาการเด็กปฐมวัย หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของมนุษย์อย่างเป็นลำดับ ต่อเนื่องสอดคล้องตามอายุของเด็กและต้องมีปัจจัยการเลี้ยงดูที่ดีจะส่งผลให้มีพัฒนาการสมวัย การประเมินพัฒนาการของเด็กมี 5 ด้าน คือ ด้านการเคลื่อนไหว (Gross motor) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine motor) ด้านการเข้าใจ ภาษา (Receptive language) ด้านการใช้ภาษา (Expressive language) และด้านการช่วยเหลือตนเองและ สังคม (Personal and social) เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่มีความล่าช้ากว่าเด็กปกติในวัยเดียวกันที่สามารถทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ซึ่งอาจพบความผิดปกติของพัฒนาการเพียงด้านใดด้านหนึ่ง หลายด้าน หรือทุกด้าน (Global developmental delay) ซึ่งการมีพัฒนาการล่าช้าในด้านหนึ่งมีส่วนทำให้พัฒนาการในด้านอื่นล่าช้าด้วย ส่งผลต่อการเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่เด็กจะต้องได้รับการดูแลพัฒนาการทุกด้านตั้งแต่แรกเกิด จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่าร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการที่ผิดปกติและ มากกว่าร้อยละ25ของเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีในประเทศสหรัฐอเมริกา มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ระดับปานกลางถึงรุนแรง สำหรับประเทศไทย มีการสำรวจพัฒนาการของเด็กปฐมวัย โดยกรมอนามัยได้ เริ่มประเมินพัฒนาการเด็กจากปี 2542 พบว่า มีแนวโน้มพัฒนาการไม่สมวัยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆจากร้อยละ 28.30 เป็นร้อยละ 32.50 ในปี 2560 ส่งผลให้ขาดโอกาสในการเรียนรู้ที่สำคัญของเด็กไทย[2]

พัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการช้ากว่าลำดับขั้นพัฒนาการปกติตามช่วงอายุของเด็ก ซึ่งอาจล่าช้าในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านก็ได้ โดยมีพัฒนาการหลัก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านนิสัยส่วนบุคคลและการเข้าสังคม ด้านการพูดและการสื่อสาร ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าอาจมีความสามารถในการทำกิจกรรมบางอย่างได้ช้ากว่าเกณฑ์ในช่วงวัยเดียวกัน เช่น ไม่สามารถพลิกตัว นั่ง เดิน หรือพูดตามวัย และอาจส่งผลกระทบถึงพัฒนาการด้านอื่น ๆ ด้วย พัฒนาการล่าช้าแตกต่างจากออทิสติก ตรงที่พัฒนาการล่าช้าหมายถึงการที่เด็กมีพัฒนาการช้ากว่าปกติซึ่งอาจพัฒนาได้ตามเด็กในวัยเดียวกันหากได้รับการกระตุ้นและแก้ไขอย่างเหมาะสม ในขณะที่ออทิสติกเป็นภาวะทางระบบประสาทที่ไม่หายได้เอง เด็กจะมีปัญหาในการเข้าสังคม การสื่อสาร และพัฒนาการล่าช้าร่วมด้วย สาเหตุของพัฒนาการล่าช้าเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม การคลอดที่ไม่ราบรื่น สุขภาพเด็กหลังคลอด การดูแลและโภชนาการที่ไม่เหมาะสม รวมถึงสภาพแวดล้อมที่เด็กได้รับ[3]

จากการทบทวนวรรณกรรม ผลการดำเนินงานการคัดกรองความชุกของพัฒนาการล่าช้าในเด็กช่วง อายุ 5 ขวบปีของงานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลประโคนชัยปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่ามีเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า ไม่เป็นไปตามการเจริญเติบโตตามวัย จำนวน 25 30 และ 33 คนตามลำดับ[4] โดยจากการวิเคราะห์พบว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากผู้ดูแลไม่มีความพร้อมในการดูแลอาจส่งผลให้เด็กยิ่งมีพัฒนาการล่าช้าเพิ่มมากขึ้น ความรู้ความเข้าใจของมารดาหลังคลอดในการดูแลเด็กแรกเกิดไม่เป็นไปตามมาตรฐานของการกระตุ้นพัฒนาการ ส่งผลทำให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการที่ไม่สมวัยที่สมวัยจากปัญหาดังกล่าว งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม จึงได้สนใจในการศึกษาประสิทธิผลของการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเด็กพัฒนาการล่าช้า โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า และการป้องกันปัญหาสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการกระตุ้นพัฒนาการเด็กให้มีประสิทธิภาพ และเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยเด็กที่สมบูรณ์ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัดผลลัพธ์กลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง เพื่อติดตามผลลัพธ์ของการพยาบาลการส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า ติดตามผลตามแบบประเมินพัฒนาการ TEDA4I กลุ่มงานการบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีระยะเวลาในการศึกษาระยะเวลา 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการช้าจำนวน 30 ราย ที่ได้รับการตรวจประเมินวินิจฉัยโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและพยาบาลวิชาชีพในการประเมินพัฒนาการเด็ก หน่วยบริการงานแม่และเด็ก กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

สูตรที่ใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง อ้างอิงจากสูตรการคำนวณประชากรกลุ่มตัวอย่างของทา

โรยามาเน่ (พวงรัตน์ มณีรัตน์/2563) คำนวณดังนี้ n=N/1+Ne*0.5^2 จากประชากรที่มารับบริการในโรงพยาบาลประโคนชัย ในปี 2565-2567 มีจำนวน 3 ปี = 80 ราย ดังนั้นจึงคำนวณจำนวนประชากรที่จะนำมาศึกษาดังนี้ n=80 /1+80*0.05^2 = 66.66 คน จากการคำนวณสูตรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่ามีจำนวนผู้ร่วมวิจัยไม่เพียงพอ จึงทำการคัดเลือกผู้ร่วมวิจัยแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดผู้ร่วมมีจำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. มีการตรวจวินิจฉัยประเมินพัฒนาการช้าในเด็กปฐมวัย

2. มีผู้ปกครองหรือผู้ดูแลในการให้การรักษาและกระตุ้นพัฒนาการ

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ญาติหรือผู้ดูแลไม่ให้ความร่วมมือและปฏิเสธการพยาบาลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 ข้อมูลที่ศึกษาประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยตามแนวทางการตรวจประเมินทางการพยาบาลของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการช้า

1.2 แบบประเมินการกระตุ้นพัฒนาการ TEDA4I

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 คู่มือการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย TEDA4

2.2 แนวทางการปฏิบัติงานของการดูแลพยาบาลผู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า

2.3 โปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา โดยประกอบด้วยกิจกรรม การฝึกกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก ภาษา และการเข้าสังคม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินและแผนการให้การพยาบาลส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า ซึ่งอ้างอิงจากแนวปฏิบัติการดูแลพัฒนาการเด็กตามแบบประเมิน DSPM โดยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะแล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปทดลองใช้ต่อไป **ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)** ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach s Coefficient + Alpha) ได้ผลวิเคราะห์ความเชื่อมั่น พบว่าความเชื่อมั่นด้านของแบบประเมินและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

ขั้นตอนในการวิจัย

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม จำนวนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า จำนวน 30 คน พร้อมคำยินยอมของญาติหรือผู้ปกครองของเด็ก ได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยจนเข้าใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาที่นำข้อมูลในการมาวิเคราะห์

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล รวมถึงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธโดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการตามปกติ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้

3. ขั้นตอนการศึกษา โดยดำเนินโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการ ระยะเวลาในการติดตามผล 12 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-2 การเน้นสร้างความคุ้นเคยและกระตุ้นพัฒนาการพื้นฐานเช่น

- เล่นของเล่นเสริมกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น คลาน เดิน
- ฝึกหยิบจับของ

สัปดาห์ที่ 3-4 เน้นกล้ามเนื้อมัดเล็กและภาษา เช่น การต่อบล็อก วาดรูป ฝึกออกเสียงคำง่ายๆ

สัปดาห์ที่ 5-6 เน้นพัฒนาการด้านภาษาและสังคม เล่นบทบาทสมมติ ฝึกสื่อสารกับผู้ปกครอง

สัปดาห์ที่ 7-8 เน้นการช่วยเหลือตนเอง การฝึกการกินข้าว ใส่เสื้อผ้า เล่นรวมกับผู้อื่นและมีการให้คู่มือสำหรับผู้ปกครองในการฝึกทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การกำกับและติดตาม การฉีดวัคซีนตามวัย

4. มีการกำกับติดตามผลลัพธ์โดยการนัดการประเมินในครั้งที่1, 2 และ3 เพื่อติดตามพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละครั้งระยะห่าง 1 เดือน รวมเป็นระยะเวลาในการติดตาม 3 เดือน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

* ผลลัพธ์หลักของการศึกษา (Primary outcome) ในการมีศึกษาครั้งนี้คือ

- ร้อยละการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการของเด็กพัฒนาการช้าตามแบบประเมิน TEDA4
- การประเมินความเข้าใจของผู้ปกครองสำหรับการกระตุ้นพัฒนาการต่อเนื่องที่บ้าน

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละและการแจกแจงความถี่ และการเปรียบเทียบผลก่อน-หลังด้วย Paired t-test dependent

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการศึกษาประสิทธิผลของการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กปฐมวัยในเด็กพัฒนาการล่าช้า โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าจำนวน 30 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีความสัมพันธ์เป็นมารดา ร้อยละ 73 มีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 75.95 อายุเฉลี่ย 30.47 ± 10.31 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.60 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 23 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 3500-5000บาท ร้อยละ 39.20 รายได้พอใช้ แต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 59.50 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.80 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมานาน เฉลี่ย 24.26±10.72 เดือน เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าจำนวน 30 คน พบว่าเป็นเพศชาย 23 คนคิดเป็นร้อยละ 76.66และเพศหญิงจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 อายุเฉลี่ย 3.00±1.52 ปี มีช่วงอายุระหว่าง 2-4 ปี ร้อยละ 96.66 เด็กได้รับการวินิจฉัยว่ามีพัฒนาการช้ามากกว่า 1 ด้านร้อยละ 93.33 เด็กไม่เคยได้รับการศึกษา ร้อยละ 54.05

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการประเมินด้วยแบบประเมิน TEDA4I

ภายในระยะเวลา 24 สัปดาห์ พบว่าจำนวนพัฒนาการสมวัย จำนวน 26 คนร้อยละ 86.66 และไม่สมวัย จำนวน 4 คนร้อยละ 13.33 ดังแสดง

ในตารางที่ 1. ในด้านของการแนวปฏิบัติด้านการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองสำหรับการนำไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านพบว่าการกระตุ้นพัฒนาการ 4 ด้านผู้ปกครองสามารถปฏิบัติได้ในระดับดีมากดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบเปรียบเทียบคะแนนพัฒนาการก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ด้านพัฒนาการ	คะแนนเต็ม	ก่อนทดลอง (Mean ± SD)	หลังทดลอง (Mean ± SD)	t	p-value
กล้ามเนื้อมัดใหญ่	15	8.20 ± 1.50	12.40 ± 1.30	10.25	0.000*
กล้ามเนื้อมัดเล็ก	15	7.80 ± 1.40	11.90 ± 1.20	9.87	0.000*
ภาษา	15	6.90 ± 1.60	10.80 ± 1.50	8.95	0.000*
สังคม/ช่วยเหลือตนเอง	15	7.10 ± 1.30	11.50 ± 1.40	9.45	0.000*
รวม	60	30.00 ± 4.20	46.60 ± 3.90	12.60	0.000*

หมายเหตุ : * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิเคราะห์

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังได้รับโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการสูงกว่าก่อนทดลองในทุกด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นจาก 30.00 เป็น 46.60 คะแนนและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า

ตารางที่ 2 ตารางแสดงระดับปฏิบัติการด้านการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองใน 4 ด้านระยะเวลา 12 สัปดาห์ (N=30)

การปฏิบัติ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
1. ด้านร่างกาย	3.83	0.34	ดีมาก
2. ด้านภาษาและสติปัญญา	3.54	0.24	ดีมาก
3. ด้านอารมณ์และจิตใจ	3.78	0.35	ดีมาก
4. ด้านสังคม	4.00	0.13	ดีมาก

สรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ปัญหาการดูแลเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการไม่สมวัยส่งผลต่อการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยเด็กที่ล่าช้าอาจส่งผลต่อการเรียนรู้ในด้านต่างๆ จากปัญหาดังกล่าวทางกลุ่มงานการบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลประโคนชัย ได้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กปฐมวัย การตรวจประเมิน การให้คำแนะนำสำหรับการกระตุ้นพัฒนาการให้กับผู้ปกครอง ร่วมกับการนัดติดตามอาการ นอกจากนี้การได้รับวัคซีนที่เหมาะสมตามช่วงวัยมีส่วนสนับสนุนให้เด็กมีพัฒนาการที่ดี ป้องกันการเกิดโรค และการได้รับโภชนาการที่เหมะสมตามวัย

จากแนวทางการจัดการบริการทางด้านสุขภาพดังกล่าวและปัญหาที่พบจากในพื้นที่บริการได้มีการสนใจศึกษาประสิทธิผลของการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการด้วยแบบประเมิน TEDA4I ในเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการในการศึกษามีจำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้า จำนวน 30 คน ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า จำนวน 30 คน พบว่า เป็นเพศ

หญิง ร้อยละ 100 มีความสัมพันธ์เป็นมารดา ร้อยละ 73 มีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 75.95 อายุเฉลี่ย 30.47 ± 10.31 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.60 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 23 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 3500-5000 บาท ร้อยละ 39.20 รายได้พอใช้ แต่ไม่มีเงินเก็บร้อยละ 59.50 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.80 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมานาน เฉลี่ย 24.26±10.72 เดือน เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าจำนวน 30 คน พบว่า เป็นเพศชาย 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.66และเพศหญิงจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 อายุเฉลี่ย 3.00±1.52 ปี มีช่วงอายุระหว่าง 2-4 ปี ร้อยละ 96.66 เด็กได้รับการวินิจฉัยว่ามีพัฒนาการช้ามากกว่า 1 ด้าน ร้อยละ 93.33 เด็กไม่เคยได้รับการศึกษา ร้อยละ 54.05 ดังแสดงในข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการประเมินด้วยแบบประเมิน TEDA4I พบว่าคะแนนพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังได้รับโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการสูงกว่าก่อนทดลองในทุกด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นจาก 30.00 เป็น 46.60 คะแนนและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ในด้านของการแนวปฏิบัติด้านการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองสำหรับการนำไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน พบว่าการกระตุ้นพัฒนาการ 4 ด้านผู้ปกครองสามารถปฏิบัติได้ในระดับดีมาก

สรุปและอภิปรายผล

การส่งเสริมพัฒนาการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าโดยการนำแบบประเมิน DSPM และ TEDA4I ในด้านของการเคลื่อนไหว การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก การใช้ภาษา การเข้าใจภาษา และการช่วยเหลือตนเองนับเป็นการประเมินพัฒนาการเพื่อวางแผนสำหรับการกระตุ้นพัฒนาการ ซึ่งจากการศึกษาได้นำแนวทางปฏิบัติในด้านประเมิน การกระตุ้นพัฒนาการทางด้านร่างกาย การฝึกพูด การเคลื่อนไหว จิตใจและสังเกต ร่วมกับการให้การฉีดวัคซีนตามวัย การสอนผู้ปกครองสำหรับการให้การปฏิบัติการดูแลกระตุ้นพัฒนาการเด็กให้เกิดความต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของธัญพิชชญา พิมพ์ดี[5] ได้ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก กรณีศึกษา : ตำบลนิคมคำสร้อย อำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร พบว่าจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนิคมคำสร้อยร่วมกับคณะกรรมการดำเนินงาน ได้ให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็ก และ คณะกรรมการดำเนินงานมีส่วนช่วยในการดูแลเด็ก มีคณะกรรมการดำเนินงานแนะนำเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ส่วนใหญ่เป็นคำแนะนำเรื่องการให้อาหารเสริมในเด็กที่คลอดใหม่แนะนำ ให้กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเพื่อส่งเสริมการดูแลกระตุ้นพัฒนาการเด็กให้สมวัยและการศึกษาและการศึกษาของ จินตนา พัฒนพงศ์ธร[6] ได้ทำการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย พบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Risk Factor) ประกอบด้วย สุขภาพ และภาวะโภชนาการ ของมารดา ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดและหลังคลอด สุขภาพและภาวะโภชนาการของเด็ก หากมารดามีโรคประจำตัว อาทิเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงจะส่งผลต่อทารกที่อยู่ในครรภ์ให้มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด หรือ ภาวะน้ำหนักตัวเด็กมากหรือน้อยกว่าปกติ และการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ปัจจัยด้านสังคม (Social Risk Factor) ประกอบด้วย อายุ อาชีพ การศึกษาของมารดา รายได้ของครอบครัว พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กและ สุขภาพจิตของผู้เลี้ยงดู มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี และ ยังไม่เคยมีบุตรมีความเสี่ยงต่อการคลอดเด็กน้ำหนักตัวน้อย และครอบครัวที่มีพ่อแม่มีการศึกษาสูง มีฐานะทาง เศรษฐกิจและสังคมดี มีอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ที่มั่นคง จะมีโอกาสทำให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาสูงกว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่บ้าน รวมทั้งการ อบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเป็น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กเป็นอย่างมาก

ข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กล่าช้าโดยการใช้แนวทางการตรวจประเมินด้วยแบบประเมิน DSPM และ TEDA4I ร่วมกับการกระตุ้นพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว การเข้าใจภาษาและการสอนญาติสนับสนุนต่อการส่งเสริมพัฒนาการให้สมวัย แต่ควรมีการศึกษาในบริบทของการให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพเด็กสมวัยตั้งแต่ในช่วงแรกเกิดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้เพราะความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้คำปรึกษา ทุกท่าน ได้ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและให้คำปรึกษาอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลประโคนชัย และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือด้านการค้นคว้าหาข้อมูลและเป็นกำลังใจให้เสมอมา รวมถึงผู้ปกครองและผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข.(2566). คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM).2566.
2. เบญจพร ศรีวงศ์. (2560). การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยและแนวทางการส่งเสริม. วารสารวิชาการสุขภาพ, 26(3), 90-104.
3. อรทัย ชัยมงคล. (2562). การพัฒนาโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยล่าช้าในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 12(3), 78-91.
4. กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม.(2567) ผลการดำเนินงานการคัดกรองความชุกของพัฒนาการล่าช้าในเด็กช่วงอายุ 5 ขวบปีของงานอนามัยแม่และเด็ก ปีงบประมาณ 2564-2566. โรงพยาบาลประโคนชัย
5. ธัญพิชชญา พิมพ์ดี. (2564).การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็ก กรณีศึกษา : ตำบลนิคมคำสร้อย อำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร.วารสารวิจัยและระบบพัฒนาสุขภาพ.;14(2):320-332.
6. จินตนา พัฒนพงศ์ธร .(2560).การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย.กรุงเทพ ฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

ประสิทธิผลของการให้ทันตสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคฟันผุผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง

Effectiveness of Dental Health Education for Dental Caries Prevention via Electronic Book among Grade Six Students, Sikao District, Trang Province.

(Received: March 25,2026 ; Revised: March 28,2026 ; Accepted: March 30,2026)

นภาศิรินทร์ แท่นเกิด[1] วชิรา วงศ์แหวน[1] สุขุมาภรณ์ ศรีวิศิษฐ[1] ขวัญจิรา บุญเดช[2] ณัฐวรรณ ปานดำ[1] พชรพร สุนทรเต็ม[1]
Naphasirin Tankerd[1] Wachira Wongwaen[1] Sukhumaphorn Sriwisit[1] Khwanjira Boondech[2] Nattawan Pandam[1] Pacharaporn Soontorntem[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้ทันตสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคฟันผุผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ (KAP) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ นักเรียนโรงเรียนบ้านนาเมืองเพชร จำนวน 31 คน ที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ และกลุ่มควบคุม ได้แก่ นักเรียนโรงเรียนหาดปากเมง จำนวน 33 คน ที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านแผ่นพับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคฟันผุหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.01$) ทั้งนี้ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.01$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.01$)

คำสำคัญ: หนังสืออิเล็กทรอนิกส์, ทันตสุขศึกษา, นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6, การป้องกันโรคฟันผุ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of dental health education for dental caries prevention via an electronic book among grade six students in Sikao District, Trang Province, based on the Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) model. The sample was selected using simple random sampling. The experimental group consisted of 31 students from Ban Na Muang Phet School who received dental health education through an electronic book, while the control group comprised 33 students from Hat Pak Meng School who received conventional education through pamphlets. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, paired t-tests, and independent t-tests.

The results revealed that the experimental group had significantly higher mean scores in knowledge, attitude, and practice regarding dental caries prevention after the intervention compared to baseline ($p < 0.01$). Post-intervention, the experimental group also demonstrated significantly higher scores than the control group ($p < 0.01$). Additionally, the experimental group showed a significantly lower mean plaque index after the intervention than at baseline and in the control group ($p < 0.01$).

Keywords: Electronic book, Dental health education, Grade six students, Dental caries prevention

[1] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

[2] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง Corresponding Author: Khwanjira Boondech* E-mail: Khwanjira@scphtrang.ac.th

บทนำ

โรคฟันผุเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในเด็กวัยเรียนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต พัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุประมาณ 12 ปี ซึ่งเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากฟันน้ำนมสู่ฟันถาวร การเกิดโรคฟันผุในระยะนี้ไม่เพียงเพิ่มความเสี่ยงต่อการสูญเสียฟันถาวรในอนาคต แต่ยังสัมพันธ์กับปัญหาการรับประทานอาหาร การเรียนรู้ และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาในระยะยาว[1]

ผลการสำรวจสุขภาพช่องปากระดับประเทศของประเทศไทยพบว่า เด็กอายุ 12 ปียังคงมีอัตราฟันถาวรผุและฟันถาวรผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาในสัดส่วนสูง รวมทั้งมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน บริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลบ่อยครั้ง และมีแนวโน้มใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ลดลง สิ่งเหล่านี้สะท้อนข้อจำกัดของการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในเด็กวัยเรียน[1,2]

เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่ ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของจังหวัดตรังและอำเภอสิเกา พบว่า เด็กอายุ 12 ปีในบางตำบลยังมีค่าปราศจากฟันถาวรผุ (Caries free) และค่าฟันถาวรดีไม่มีผุ (Cavity free) ต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับประเทศ โดยเฉพาะในตำบลนาเมืองเพชร อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง ซึ่งมีสัดส่วนเด็กที่มีฟันถาวรผุในระดับที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน[3,4] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทฤษฎีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ (Knowledge, Attitude and Practice: KAP) เป็นกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการออกแบบกิจกรรมสุขศึกษา โดยอธิบายว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเริ่มจากการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง นำไปสู่การก่อรูปทัศนคติที่เหมาะสม และต่อยอดสู่การปฏิบัติที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง การสื่อสารสุขภาพและการเลือกใช้สื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายจึงมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวคิดดังกล่าว[2]

ในบริบทปัจจุบัน เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียน หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic book) เป็นสื่อการเรียนรู้ที่ผสมผสานข้อความ ภาพ เสียง และสื่อปฏิสัมพันธ์เข้าด้วยกัน ช่วยเพิ่มความน่าสนใจและแรงจูงใจในการเรียนรู้ อีกทั้งยังเอื้อต่อการเรียนรู้ทั้งแบบรายบุคคลและกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าหนังสืออิเล็กทรอนิกส์สามารถส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้เรียนได้ดีกว่าสื่อการสอนแบบดั้งเดิม[5,6]

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยด้านทันตสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังเน้นการให้ความรู้ผ่านสื่อแบบดั้งเดิมหรือสื่อโสตทัศน์ และมักประเมินผลลัพธ์เฉพาะด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม โดยยังมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ประเมินประสิทธิผลของทันตสุขศึกษาผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ควบคู่กับผลลัพธ์เชิงคลินิก เช่น ปริมาณคราบจุลินทรีย์ โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายในบริบทพื้นที่ระดับอำเภอและชุมชน[7-9]

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการให้ทันตสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคฟันผุผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี KAP ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง ทั้งในด้านความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณคราบจุลินทรีย์ ผลการศึกษาคาดว่าจะช่วยเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการด้านการใช้สื่อดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และนำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนากิจกรรมทันตสุขศึกษาในสถานศึกษาและชุมชนได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้ทันตสุขศึกษาผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เพื่อป้องกันโรคฟันผุต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ก่อนและหลังได้รับทันตสุขศึกษาผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ภายในกลุ่มทดลอง

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลัง (Two-group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง ปีการศึกษา 2567 จำนวน 27 โรงเรียน รวม 430 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 2 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนบ้านนาเมืองเพชร เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน ที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ และโรงเรียนหาดปากเมงเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 33 คน ที่ได้รับทันตสุขศึกษาผ่านแผ่นพับ

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2567 ณ โรงเรียนที่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ดี 3) ผู้ปกครองลงนามยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย และนักเรียนยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการศึกษา

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) 1) ไม่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างดำเนินการวิจัย 2) เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 ของกิจกรรมทั้งหมด 3) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีเหตุจำเป็นที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการป้องกันโรคฟันผุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ (KAP) ร่วมกับกลวิธีทางสุขศึกษา มีเนื้อหาประกอบด้วย บทที่ 1 ความรู้เรื่องโรคฟันผุ บทที่ 2 การป้องกันโรคฟันผุ และบทที่ 3 การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียน ดำเนินกิจกรรมระยะเวลาทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ โดยมีการสาธิตวิธีการแปรงฟันที่ถูกต้อง การใช้ไหมขัดฟัน และให้นักเรียนฝึกปฏิบัติจริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบบทดสอบ และแบบบันทึกคราบจุลินทรีย์ แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การพาไปพบทันตแพทย์ ความถี่ในการรับประทานอาหารว่าง/ขนม/เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลระหว่างมื้อหลัก และช่วงเวลาที่รับประทาน ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิด

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคฟันผุ สาเหตุ อาการ การป้องกัน และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปาก มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ "ถูก" หรือ "ผิด"

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลทันตสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

ตอนที่ 5 แบบบันทึกคราบจุลินทรีย์ สำหรับบันทึกปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากก่อนและหลังการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ด้านทันตสาธารณสุข ด้านสุขภาพ และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านห้วยต่อ อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผลการวิเคราะห์พบว่า

1) แบบทดสอบความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20: KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.73

2) แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลทันตสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.70

3) แบบสอบถามการปฏิบัติในการดูแลทันตสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. เสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

2. ทำหนังสือขอความร่วมมือจากผู้บริหารโรงเรียนบ้านนาเมืองเพชรและโรงเรียนหาดปากเมง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและนัดหมายวันเวลาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ประชุมชี้แจงครูประจำชั้นเรื่องการดำเนินกิจกรรม และประสานงานเวลาในการจัดกิจกรรมโดยให้กระทบต่อกิจกรรมอื่นของโรงเรียนน้อยที่สุด

4. ฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน เพื่อให้เข้าใจกระบวนการดำเนินกิจกรรมและปรับมาตรฐานการตรวจคราบจุลินทรีย์ให้ตรงกัน เพื่อลดค่าความคลาดเคลื่อนและอคติในการแปลผล

5. เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) โดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ แบบสอบถามการปฏิบัติ และตรวจบันทึกคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก

6. ดำเนินกิจกรรมให้ทันตสุขศึกษาผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์แก่กลุ่มทดลอง ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับทันตสุขศึกษาผ่านแผ่นพับตามปกติ

7. เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกันกับก่อนการทดลอง

8. ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงแบบปกติด้วย Shapiro-Wilk Test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีจำนวนน้อยกว่า 50 คน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลองด้วย Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง (เลขที่ P067/2567)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน กลุ่มทดลอง

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.07) มีอายุเฉลี่ย 11.77 ± 0.49 ปี ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.57) มีอายุเฉลี่ย 11.73 ± 0.62 ปี ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานด้านการพบทันตแพทย์และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลในระดับใกล้เคียงกัน

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ

2.1 การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (Pretest-Posttest) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคฟันผุหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$ ทุกตัวแปร) โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 9.81 ± 2.76 เป็น 16.77 ± 1.83 คะแนน ทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 3.40 ± 0.43 เป็น 3.93 ± 0.26 คะแนน และการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก 3.39 ± 0.43 เป็น 4.00 ± 0.28 คะแนน ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนทดลอง (Mean ± SD)	หลังทดลอง (Mean ± SD)	Mean diff	t	p
ความรู้	ทดลอง (n=31)	9.81 ± 2.76	16.77 ± 1.83	+6.96	-12.33	< 0.01*
	ควบคุม (n=33)	10.12 ± 3.88	10.67 ± 4.15	+0.55	-12.33	> 0.05
ทัศนคติ	ทดลอง (n=31)	3.40 ± 0.43	3.93 ± 0.26	+0.53	-7.35	< 0.01*
	ควบคุม (n=33)	3.56 ± 0.34	3.59 ± 0.53	+0.03	-7.35	> 0.05
การปฏิบัติ	ทดลอง (n=31)	3.39 ± 0.43	4.00 ± 0.28	+0.61	-6.27	< 0.01*
	ควบคุม (n=33)	3.57 ± 0.63	3.80 ± 0.62	+0.23	-6.27	> 0.05

หมายเหตุ: * $p < 0.05$

2.2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม (16.77 ± 1.83 เทียบกับ 10.67 ± 4.15, $p < 0.01$) ทัศนคติสูงกว่า (3.93 ± 0.26 เทียบกับ 3.59 ± 0.53, $p < 0.01$) และการปฏิบัติสูงกว่า (4.00 ± 0.28 เทียบกับ 3.80 ± 0.62, $p < 0.05$) ทั้งนี้ พบว่าก่อนการทดลอง ทัศนคติของกลุ่มทดลอง (3.40 ± 0.43) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (3.56 ± 0.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาในการตีความผลการวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคฟันผุ จำแนกตามช่วงเวลา (ก่อน-หลังการทดลอง) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (Mean ± SD)	กลุ่มควบคุม (Mean ± SD)	Mean diff	t	p
ความรู้	ก่อน	9.81 ± 2.76	10.12 ± 3.88	−0.31	-1.35	> 0.05
	หลัง	16.77 ± 1.83	10.67 ± 4.15	+6.10	7.53	< 0.01*
ทัศนคติ	ก่อน	3.40 ± 0.43	3.56 ± 0.34	−0.16	-1.75	< 0.05*
	หลัง	3.93 ± 0.26	3.59 ± 0.53	+0.34	3.21	< 0.01*
การปฏิบัติ	ก่อน	3.39 ± 0.43	3.57 ± 0.63	−0.18	-1.34	> 0.05
	หลัง	4.00 ± 0.28	3.80 ± 0.62	+0.20	1.68	< 0.05*

หมายเหตุ: * $p < 0.05$

3. ผลการเปรียบเทียบปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก

3.1 การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์หลังการทดลอง (1.73 ± 0.34) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (3.19 ± 0.55) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่พบว่าปริมาณคราบจุลินทรีย์หลังการทดลอง (2.39 ± 0.91) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (3.08 ± 0.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ก่อนทดลอง (Mean ± SD)	หลังทดลอง (Mean ± SD)	Mean diff	t	p-value
ทดลอง (n=31)	3.19 ± 0.55	1.73 ± 0.34	−1.46	15.86	< 0.01*
ควบคุม (n=33)	3.08 ± 0.76	2.39 ± 0.91	−0.69	15.86	< 0.01*

หมายเหตุ: * $p < 0.05$

3.2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์หลังการทดลองระหว่างกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ จำแนกตามช่วงเวลา (ก่อน-หลังการทดลอง) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (Mean ± SD)	กลุ่มควบคุม (Mean ± SD)	Mean diff	t	p-value
ปริมาณ	ก่อน	3.19 ± 0.55	3.08 ± 0.76	+0.11	0.67	> 0.05
คราบจุลินทรีย์	หลัง	1.73 ± 0.34	2.39 ± 0.91	−0.66	-3.76	< 0.01*

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ประเมินประสิทธิผลของการให้ทันตสุขศึกษาผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง โดยสรุปผลการวิจัยและอภิปรายในแต่ละประเด็น ดังนี้

ด้านความรู้ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวเกิดจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎี KAP ร่วมกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีเนื้อหาครอบคลุมความรู้เรื่องโรคฟันผุ การป้องกัน และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งช่วยให้นักเรียนเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกและเรียนรู้ด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาสอดคล้องกับ กิติศักดิ์ วาทโยธา และศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร[7] ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม และสอดคล้องกับ กณิกนันท์ บัวปลี[10] ที่พบว่าทันตสุขศึกษาผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์สามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยความรู้ในกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านทัศนคติ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติสูงขึ้นหลังการทดลองทั้งเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและกับกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ พบข้อสังเกตว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งอาจส่งผลให้คะแนนที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลองมีขนาดใหญ่ขึ้นจากผลของ regression to the mean การวิจัยในอนาคตควรพิจารณาใช้สถิติ ANCOVA เพื่อควบคุมความแตกต่างของค่าพื้นฐาน ผลการศึกษาสอดคล้องกับ วีรพันธ์ ใจแก้ว และคณะ[9] ที่พบว่าทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ช่วยเพิ่มคะแนนทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการปฏิบัติ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวเกิดจากกิจกรรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริง ได้แก่ การสาธิตวิธีแปรงฟันที่ถูกต้อง การใช้ไหมขัดฟัน รวมถึงการให้คำแนะนำพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎี KAP ผลการศึกษาสอดคล้องกับ เบญจวรรณ ช่วยแก้ว และคณะ[8] ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากช่วยเพิ่มคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านปริมาณคราบจุลินทรีย์ กลุ่มทดลองมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและกับกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ไม่เพียงส่งผลต่อความรู้และทัศนคติเท่านั้น แต่ยังนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สะท้อนผลลัพธ์เชิงคลินิกด้วย สอดคล้องกับ ณัฐนันท์ โกวิทวัฒนา และศิริพร ส่งศิริประดับบุญ[11] ที่พบว่าโปรแกรมทันตสุขศึกษาสามารถลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดของการวิจัย การวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก (n = 31 และ 33) ซึ่งอาจจำกัดความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังประชากรกลุ่มอื่น 2) การสุ่มกลุ่มตัวอย่างในระดับโรงเรียน (Cluster) ไม่ใช่ระดับบุคคล อาจส่งผลให้เกิดอคติจากความแตกต่างระหว่างโรงเรียน 3) ระยะเวลาติดตามผล 5 สัปดาห์อาจไม่เพียงพอต่อการประเมินความคงทนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว และ 4) ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นตัวกวนต่อการตีความผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานด้านทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถนำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ไปประยุกต์ใช้เป็นสื่อในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพื่อกระตุ้นความสนใจของผู้เรียนนอกเหนือจากสื่อการสอนแบบดั้งเดิม

2. สามารถนำไปสอนในรายวิชาสุขศึกษาสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรือชั้นปีอื่น ๆ โดยปรับเนื้อหาตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทดลองใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่มวัยอื่น เช่น นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เพื่อยืนยันประสิทธิผลในบริบทที่แตกต่าง

2. ควรเพิ่มระยะเวลาติดตามผลเพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมในระยะยาว และพิจารณาใช้สถิติ ANCOVA เพื่อควบคุมความแตกต่างของค่าพื้นฐานระหว่างกลุ่ม

3. ควรเพิ่มการตรวจสอบการปฏิบัติ เช่น สมุดประเมินการแปรงฟันที่ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินและลงลายมือชื่อ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.(2566). รายงานผลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ระดับประเทศ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: โรงพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2566.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.(2561). รายงานผลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ระดับประเทศ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2561.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง.(2566). ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 19 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://trg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง.(2567). ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 19 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://trg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
5. นิภาภรณ์ พรรณศรี.(2546). หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ [วิทยานิพนธ์]. [ระบุสถาบัน]; 2546.
6. วีรยุทธ อัครผล, กอบสุข คงมนัส.(2566). การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการสอนอ่านแบบเน้นมโนทัศน์ร่วมกับอินโฟกราฟิก เพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการอ่านอย่างมีวิจารณญาณ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. Journal of Roi Kaensarn Academi, 8(7), 36–49. สืบค้น จาก https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JRKSA/article/view/262345
7. กิติศักดิ์ วาทโยธา, ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร.(2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนอายุ 12 ปี เขตพื้นที่อำเภอโกสัมพีนคร จังหวัดกำแพงเพชร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2562;40(1):82-96.
8. เบญจวรรณ ช่วยแก้ว และคณะ.(2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดตรัง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563;28(2):64-73.
9. วีรพันธ์ ใจแก้ว, จตุพร ตันเจียง, กานต์กมล ผลาผล.(2565). ผลของการให้ทันตสุขศึกษาผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(2):187-200.
10. กณิกนันท์ บัวปลี.(2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ทันตสุขศึกษาผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์สื่อการเรียนรู้สามมิติโดยใช้เทคโนโลยีความเป็นจริงเสริมของบุคลากรทางการศึกษา โรงเรียนศรัทธาสมุทร จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2565.
11. ณัฐนันท์ โกวิทวัฒนา, ศิริพร ส่งศิริประดับบุญ.(2561). ประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย เขตหนองจอก จังหวัดกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เบสท์ บุ๊คส์ ออนไลน์ จำกัด; 2561.
12. ฐิตินันท์ ทรัพย์ธำรงค์, น้ำมนต์ เรืองฤทธิ์.(2557). ผลการใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องมาตราตัวสะกด ที่ส่งผลต่อความสามารถในการอ่านภาษาไทยของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ที่มีระดับความสามารถในการอ่านแตกต่างกัน. Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and Arts). 2557;7(3):285-96.
13. Igbinedion HU, Akaji EA, Chukwuneke FN, Ezeoke UE, Igbinedion EB.(2023). Oral health knowledge attitude and behaviour among secondary school children: a quasi-experimental study. Nigerian Journal of Dental Research. 2023;8(1):20-9.
14. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.(2555). การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กและการพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

การพัฒนาระบบบริหารจัดการยาแบบบูรณาการเพื่อคงคุณภาพยาและลดยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลขอนแก่น

Development of an Integrated Medication Management System for Maintaining Drug Quality and Reducing Leftover Medicines among Chronic Disease Patients at Primary Care Unit, Khonkaen Hospital.

(Received: March 28,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

พิรานันท์ มุสิกวัน[1] ถาวร สีดาเหลือง[2]
Piranan musigkawan[1], Thaworn seedalrang[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดยาเหลือใช้ พัฒนา และประเมินประสิทธิผลของ ระบบบริหารจัดการยา แบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลขอนแก่น การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย (1) ระยะสำรวจสถานการณ์ในกลุ่มตัวอย่าง 400 คน (2) ระยะพัฒนาระบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 15 คน ผ่านวงจร PAOR และ (3) ระยะประเมินประสิทธิผล ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 116 คน (กลุ่มทดลอง 58 คน และกลุ่มควบคุม 58 คน) ติดตามผล เป็นเวลา 12 สัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่า 1) ระยะสำรวจสถานการณ์: พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมียาเหลือใช้สะสม (>7 วันก่อนนัด) สูงถึงร้อยละ 64.7 สาเหตุหลักเกิดจากการได้รับยาเกินวันนัดหมาย (ร้อยละ 64.1) และการลืมรับประทานยา (ร้อยละ 45.0) ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (aOR = 14.65) และระยะเวลาการรักษา 1–3 ปี (aOR = 6.89) โดยมีการเข้าถึงบริการ (aOR = 0.25) และการสนับสนุนจากผู้ดูแล (aOR = 0.53) เป็นปัจจัย ป้องกันที่สำคัญ 2) ระยะพัฒนาระบบ: ได้ระบบบริหารจัดการยาแบบบูรณาการ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้สุขศึกษา เฉพาะรายด้วยเทคนิค Teach-back การติดตามผลทางไกล การจัดสรรยาตามความจำเป็น การตรวจนับยา และการประชุมทีมสหวิชาชีพ 3) ระยะประเมินประสิทธิผล: กลุ่มทดลองมีสัดส่วนยาเหลือใช้สะสมลดลง จากร้อยละ 39.7 เหลือร้อยละ 21.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.022) และมีโอกาสเกิดภาวะยาเหลือใช้ สะสมน้อยกว่า กลุ่มควบคุม ถึงร้อยละ 65 (AOR = 0.35, p = 0.024) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีคะแนน ความรู้เพิ่มขึ้น (p = 0.019) และมีพฤติกรรม การจัดการยาดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม (p = 0.041)

คำสำคัญ: ระบบบริหารจัดการยาแบบบูรณาการ, ยาเหลือใช้, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, หน่วยบริการปฐมภูมิ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ABSTRACT

This study employed an action research data analyzed by mixed method design to investigate factors associated with leftover medicines, and to develop and evaluate the effectiveness of an Integrated Medication Management System (IMMS) for patients with chronic diseases at the Primary Care Unit, Khon Kaen Hospital. The study was conducted in three phases: (1) a situational analysis involving 400 participants; (2) system development with a multidisciplinary team of 15 members using the PAOR cycle; and (3) an evaluation of effectiveness through a quasi-experimental study with 116 participants (58 intervention, 58 control) over a 12-week follow-up period.

Results revealed: 1) Situational Analysis: The prevalence of accumulated leftover medicines (>7 days before the next appointment) was 64.7%. Main causes were receiving medication exceeding appointment intervals (64.1%) and forgetfulness (45.0%). Significant risk factors included cardiovascular diseases (aOR = 14.65) and treatment duration of 1–3 years (aOR = 6.89), while access to services (aOR = 0.25) and caregiver support (aOR = 0.53) were identified as key protective factors. 2) System Development: The IMMS comprised

[1] กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น
[2] กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

five core components: individualized health education using the Teach-back technique, tele-monitoring, appropriate medication dispensing, pill counting, and multidisciplinary team meetings. 3) Effectiveness Evaluation: After 12 weeks, the intervention group showed a significant reduction in leftover medicines from 39.7% to 21.8% (p = 0.022). Logistic regression analysis indicated that the intervention group was 65% less likely to have leftover medicines (AOR = 0.35, p = 0.024). Furthermore, the intervention group demonstrated improved medication knowledge (p = 0.019) and better medication management behaviors (p = 0.041).
Keywords: Integrated Medication Management System, Leftover Medicines, Chronic Diseases, Primary Care Unit, Action Research

บทนำ

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย ในปี 2563 มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในประเทศไทย มากกว่า 14 ล้านคน โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอัตราการเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง ปัญหาสำคัญประการหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือปัญหายาเหลือใช้ โดยพบว่า มีอัตรา การเกิดยาเหลือใช้ในครัวเรือนของผู้ป่วยสูงถึง ร้อยละ 23.2-62.8 สาเหตุหลัก ได้แก่ การได้รับยา ในปริมาณเกินความจำเป็น การลืมรับประทานยา การหยุดยาด้วยตนเอง การจ่ายยาเกิน ระยะเวลานัดหมาย และความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลเสียของยา[1,2,3,4,5,6]

ผลกระทบจากปัญหายาเหลือใช้มีทั้งในด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ ประมาณการมูลค่ายาเหลือใช้ ทั่วประเทศสูงถึง 4,000 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ยังส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรงจากการใช้ยาไม่ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นการใช้ยา ผิดขนาด ผิดเวลา หรือลืมรับประทานยา ซึ่งนำไปสู่การควบคุมโรคที่ไม่มีประสิทธิภาพ การแก้ไขปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ และระบบสาธารณสุข โดยรวม[1,2,3,4,5]

การแก้ปัญหายาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มีการพัฒนาหลากหลายรูปแบบ เช่น โครงการ "กระเป๋าคืนยาช่วยชาติ" ที่ส่งเสริมการคืนยาเหลือใช้7 การจัดการยาเหลือใช้ในชุมชนเมืองผ่านการให้ความรู้ และส่งเสริมการใช้ยาที่ถูกต้อง[8,9,10] รวมถึงการใช้ Re-Check Model ในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตรวจสอบใบสั่งยา สร้างเครือข่าย ผู้ดูแล เภสัชกรเยี่ยมบ้าน จ่ายยาพอเพียงตามวันนัด ให้คำปรึกษารายบุคคล และให้ความรู้ด้านยาขณะรอพบแพทย์ พบว่า สามารถลดอัตรายาเหลือใช้และ ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้[2]

การบริหารจัดการยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องและ เหมาะสม โดยมีแนวคิดหลัก ได้แก่ การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การให้ความรู้และคำแนะนำ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ระบบบริหารจัดการยาแบบบูรณาการ เน้นการประสานงานและร่วมมือ ระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงให้เห็นว่า ระบบดังกล่าวสามารถลดยาเหลือใช้ได้ร้อยละ 25[11] ระบบบูรณาการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการยา[12] และการให้ความรู้และติดตามผลช่วยลดปริมาณยาเหลือใช้ได้อย่างมีนัยสำคัญ[13]

อย่างไรก็ตาม การแก้ปัญหายาเหลือใช้ในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะการขาดการบูรณาการ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยขาดความตระหนักและการมีส่วนร่วมใน การจัดการยา และมาตรการที่มีอยู่ยังไม่สามารถ แก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุได้อย่างเป็นระบบ จึงมีความจำเป็น ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการยาแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้ง ด้านความรู้ พฤติกรรม และระบบบริการ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา

การพัฒนาระบบบริหารจัดการยาแบบบูรณาการเพื่อคงคุณภาพยาและลดยาเหลือใช้ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ณ ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลขอนแก่น โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาระบบ การบริหารจัดการยาที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่การลดปริมาณยาเหลือใช้ ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น และ เพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการยาแบบบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารจัดการยาแบบบูรณาการ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[20] ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สำรวจปัจจัย (Cross-sectional) ระยะที่ 2 พัฒนาระบบผ่านวงจร Plan–Act–Observe–Reflect (PAOR) และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผล (Quasi-experimental two-group pretest–posttest)

ระยะที่ 1 การสำรวจสถานการณ์ (Cross-sectional)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการ ณ ศูนย์แพทย์วัดหนองแวงพระอารามหลวง จำนวน 9,789 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยสูตรของ Daniel[19] ($Z\alpha/2$ = 1.96, P = 0.50, d = 0.05) ได้ 370 คน เพิ่ม 10% ตามแนวทางของ Israel (1992) เป็น 407 คน เก็บข้อมูลได้จริง 400 คน (ร้อยละ 98.3) ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนประชากร 4 กลุ่มโรค ได้แก่ เบาหวาน 163 คน (ร้อยละ 40) ความดันโลหิตสูง 142 คน (ร้อยละ 35) โรคหัวใจ 61 คน (ร้อยละ 15) และโรคเรื้อรังอื่นๆ 41 คน (ร้อยละ 10) จากนั้นสุ่มอย่างง่ายในแต่ละชั้นภูมิ

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง 2) เข้ารับการรักษาและรับยาจากหน่วยบริการอย่างน้อย 6 เดือน 3) ยินดีให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย 4) อายุ 18 ปีขึ้นไป เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางร่างกาย หรือจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วม ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ หรือมีข้อกังวลเกี่ยวกับการเข้าร่วมที่ไม่สามารถ แก้ไขได้

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (เพศ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลารักษา) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อยาเหลือใช้ 7 ตัวแปร (มาตราส่วน 4 ระดับ) ครอบคลุมความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงบริการ การได้รับคำแนะนำ พฤติกรรมการใช้ยา การสนับสนุนจากผู้ดูแล และการจัดเก็บยา ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเกิดยาเหลือใช้ (แบบทวิภาค: มี/ไม่มี)

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และ สถิติเชิงอนุมานด้วย Multiple Logistic Regression โดยมีตัวแปรต้น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ จำนวนโรค ระยะเวลารักษา) 2) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา 3) การเข้าถึงบริการ และการได้รับคำแนะนำ 4) พฤติกรรมการใช้ยา 5) การสนับสนุนและการจัดการยา ตัวแปรตาม คือ การมียาเหลือใช้ (ไม่มี = 0, มี = 1)

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ (Plan–Act–Observe–Reflect)

ผู้ร่วมพัฒนา คือ บุคลากรทีมสหวิชาชีพ 15 คน (แพทย์ เภสัชกร พยาบาล) จากศูนย์แพทย์ วัดหนองแวงพระอารามหลวง คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) มี

ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างน้อย 2 ปี 2) มีความรู้ในระบบบริหารจัดการยาและการให้คำปรึกษา 3) สนใจและพร้อมเข้าร่วมพัฒนาระบบ 4) พร้อมให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและประเมินผล เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 2 ปี ไม่มีความรู้พื้นฐาน ไม่พร้อมเข้าร่วม หรือ มีภาระงานมากเกินไป

ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้ง ครั้งละ 180 นาที ดังนี้ ครั้งที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ และออกแบบระบบ นำเสนอข้อมูลจากระยะที่ 1 ระดมสมองระบุปัญหา วิเคราะห์ความต้องการ ออกแบบกระบวนการทำงาน และพัฒนาแผนปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 การพัฒนาและปรับปรุงระบบ จัดทำร่างระบบบริหารจัดการยาแบบบูรณาการ นำเสนอต่อ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และรับฟังข้อเสนอแนะ ครั้งที่ 3 การสรุปและวางแผนการนำไปใช้ ปรับปรุงระบบตามข้อเสนอแนะ จัดทำคู่มือการใช้งานและแนวทางปฏิบัติ วางแผนทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) และบันทึกการประชุม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผล (Quasi-experimental)

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง (Two Group Pretest–Posttest Design) ระยะเวลา 12 สัปดาห์ คำนวณขนาดตัวอย่างด้วย G*Power (t-test, two independent means, Effect Size = 0.5, Alpha = 0.05, Power = 0.8) ได้ 102 คน เพิ่มร้อยละ 15 ตามแนวทางการชดเชยการสูญหายเป็น 116 คน แบ่งกลุ่มด้วยการจัดกลุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic allocation) โดยใช้เลขประจำตัวผู้ป่วย เลขคู่จัดเข้ากลุ่มทดลอง เลขคี่จัดเข้ากลุ่มควบคุมกลุ่มละ 58 คน

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) มีประวัติการใช้ยา ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน 4) สามารถเข้าร่วมตลอด 12 สัปดาห์ 5) สมัครใจเข้าร่วม เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (เช่น สมองเสื่อม ความพิการ) ผู้มีประวัติแพ้ยารุนแรง ผู้อยู่ในการทดลอง ทางการแพทย์อื่น หรือผู้ที่ไม่สามารถติดตามผลได้ ตลอดระยะเวลาศึกษา

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือดำเนินการ: ระบบบริหารจัดการยาแบบบูรณาการ 5 องค์ประกอบ 2) เครื่องมือเก็บข้อมูล 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ และความเข้าใจ 10 ข้อ (ข้อ 1–5 แบบถูก/ผิด ข้อ 6–10 แบบ 4 ตัวเลือก ให้คะแนน ถูก = 1 ผิด = 0) ส่วนที่ 3 แบบประเมิน SMART Meds 15 ข้อ (Rating Scale 5 ระดับ) ส่วนที่ 4 แบบบันทึกยาเหลือใช้ (ชื่อยา ขนาดยา จำนวนที่ได้รับและที่เหลือ สาเหตุ)

ขั้นตอนการทดลอง: สัปดาห์ที่ 0 ชี้แจงโครงการ ลงนามยินยอม ประเมินก่อนทดลอง (Pre-test) รับสมุดบันทึก การใช้ยา ระหว่างสัปดาห์ที่ 1–12 กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามระบบบูรณาการ ได้แก่ พบเจ้าหน้าที่ทุก 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 4, 8, 12) บันทึกยาเหลือใช้ นำยาและสมุดมาทุกครั้ง ได้รับการติดตามเชิงรุก และสามารถโทรปรึกษาได้ กลุ่มควบคุมมาพบตามนัดทุก 4 สัปดาห์ บันทึกยาเหลือใช้ และได้รับการดูแลตามระบบปกติ สัปดาห์ที่ 12 ประเมินหลังทดลอง (Post-test) ส่งคืนสมุด และประเมินความพึงพอใจ การวิเคราะห์ข้อมูล: สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ เปรียบเทียบภายในกลุ่ม (ก่อน-หลัง) ด้วย Paired t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test เปรียบเทียบสัดส่วนด้วย McNemar Test และ Chi-square test หรือ Fisher's exact test และวิเคราะห์ประสิทธิผลด้วย Multiple Logistic Regression (Adjusted Odds Ratio)

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ KEF67033 วันที่เริ่มอนุมัติ 18 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยระยะที่ 1 สถานการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับยาเหลือใช้

กลุ่มตัวอย่าง 400 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.75 อายุเฉลี่ย 60.74±10.68 ปี กลุ่มอายุ 60–69 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 41.25) โรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุด คือ เบาหวาน (ร้อยละ 77.25) และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 70.25) เกือบครึ่งหนึ่ง รักษาต่อเนื่องมากกว่า 6 ปี (ร้อยละ 47.50)

พบอุบัติการณ์ยาเหลือใช้สะสม >7 วัน ร้อยละ 64.7 สาเหตุหลัก คือ ได้รับยาเกินวันนัด (ร้อยละ 64.1) และ ลืมรับประทานยา (ร้อยละ 45.0) นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยมียาเหลือในวันนัด (ร้อยละ 78.2) ได้รับยาซ้ำซ้อน จากหลายสถานพยาบาล (ร้อยละ 42.5) และหยุดใช้ยาด้วยตนเอง (ร้อยละ 38.0) ภาพรวมความรู้อยู่ระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.29) แต่พบช่องว่างเชิงปฏิบัติ ได้แก่ ความรู้ชื่อยาอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.77) ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติเมื่อลืมยามีคะแนนต่ำสุด ($\bar{x}$ = 3.17) และการสอบทานความเข้าใจ (Teach-back) จากบุคลากรยังไม่ทั่วถึง (ร้อยละ 79.0)

ด้านพฤติกรรมการจัดเก็บยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.8) มีพฤติกรรมแกะยา ออกจากบรรจุภัณฑ์เดิมเพื่อเก็บรวมกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพยา มีผู้ไม่แน่ใจในการตรวจสอบวันหมดอายุ (ร้อยละ 18.5) และการสังเกตความชื้นของยาอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีผู้ไม่แน่ใจสูงถึงร้อยละ 30.2 ทั้งนี้ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พหุตัวแปรใช้วิธี Complete-case Analysis จากกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบถ้วน 358 คน (ร้อยละ 89.5 ของทั้งหมด)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมียาเหลือสะสม >7 วัน (Multiple Logistic Regression)

ปัจจัย	aOR	95% CI	p-value
โรคหัวใจและหลอดเลือด	14.65	4.41–48.62	<0.001
ระยะเวลารักษา 1–3 ปี	6.89	2.21–21.55	<0.001
โรคเบาหวาน	3.02	1.43–6.37	0.004
โรคเรื้อรังอื่น ๆ	4.58	2.35–8.94	<0.001
การเข้าถึงบริการ (ปัจจัยป้องกัน)	0.25	0.13–0.50	<0.001
การสนับสนุนจากผู้ดูแล	0.53	0.40–0.70	<0.001
ความเข้าใจหลังได้รับคำแนะนำ	0.51	0.27–0.96	0.037

ทั้งนี้ ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ (aOR = 0.93, p = 0.791) และอายุ (aOR = 1.01, p = 0.472) รวมถึง โรคความดันโลหิตสูง (aOR = 1.13, p = 0.728) และระดับความรู้และความเข้าใจเบื้องต้น ไม่พบความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมียาเหลือสะสมมากกว่า 7 วัน (p > 0.05)

2. ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริหารจัดการยาแบบบูรณาการ

การพัฒนาระบบผ่านวงจร PAOR ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 15 คน ได้ผลผลิตสำคัญ คือ "ระบบบริหารจัดการยา แบบบูรณาการ" ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การให้สุขศึกษา เฉพาะรายด้วยเทคนิค Teach-back มุ่งเน้น ประเด็นที่พบช่องว่างเชิงปฏิบัติ 2) การติดตามผลผ่าน ระบบ

โทรศัพท์หรือแพลตฟอร์มดิจิทัล 3) การจัดสรรยาตามความจำเป็น ปรับปริมาณให้สอดคล้องกับวันนัด 4) การตรวจนับยาเพื่อประเมินสถานะยาเหลือสะสม และ 5) การประชุมทีมสหวิชาชีพ เพื่อบริหารจัดการ รายกรณี

ระบบกำหนดจุดควบคุมคุณภาพ 3 จุด คือ (1) ทบทวนรายการยาก่อนการจ่ายยา (2) ตรวจนับยาและ บันทึกสถานะยาเหลือใช้ >7 วัน ทุกครั้ง (3) ติดตามผลเชิงรุกก่อนวันนัดถัดไป พร้อมกรอบการกำกับ ความถูกต้อง (Fidelity Framework) ประกอบด้วย คู่มือปฏิบัติมาตรฐาน (SOP) ชุดแบบฟอร์ม 5 ชุด บทสนทนามาตรฐาน และฐานข้อมูลกลาง

3. ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผล

อัตราการคงอยู่ของกลุ่มตัวอย่างสูง (กลุ่มทดลองร้อยละ 94.8 กลุ่มควบคุมร้อยละ 93.1) ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนยาเหลือใช้สะสมไม่แตกต่างกัน (p = 0.707) ภายหลัง 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีสัดส่วนยาเหลือใช้สะสมลดลงจากร้อยละ 39.7 เหลือร้อยละ 21.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (McNemar Test, p = 0.022) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลง (p = 0.700)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่มียาเหลือใช้สะสม >7 วัน ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ก่อน (%)	หลัง (%)	p (within)	AOR (95%CI)
กลุ่มทดลอง (n=58)	39.7	21.8	0.022*	0.35 (0.14–0.87)*
กลุ่มควบคุม (n=58)	44.8	38.9	0.700	Ref.

**p < 0.05; AOR ปรับตัวแปร: อายุ เพศ โรคประจำตัว ระยะเวลารักษา*

ผลลัพธ์รอง: กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และความเข้าใจเพิ่มขึ้นจาก 3.35±0.47 เป็น 3.56±0.33 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.019) และมีส่วนต่างการเปลี่ยนแปลงดีกว่ากลุ่มควบคุม (p = 0.003) ด้านพฤติกรรม พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญในประเด็น การปฏิบัติตัวเมื่อลืมยา (p = 0.041) และการจัดเก็บยาให้พ้นแสงและความชื้น (p = 0.041)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการจัดการยา ก่อนและหลังการทดลอง (N = 116)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อน	หลัง	p / Δ	p (between)
ความรู้และความเข้าใจ ($\bar{x}$±S.D.)	ทดลอง	3.35±0.47	3.56±0.33	0.019*	0.003*
	ควบคุม	3.35±0.42	3.16±0.44	0.063	
การปฏิบัติตัวเมื่อลืมยา (%)	ทดลอง	48.3	60.3	Δ +12.0	0.041*
	ควบคุม	51.7	39.7	Δ -12.0	
การจัดเก็บยาพ้นแสง/ความชื้น (%)	ทดลอง	50.0	60.3	Δ +10.3	0.041*
	ควบคุม	50.0	39.7	Δ -10.3	

**p < 0.05; p = Paired t-test สำหรับความรู้; Δ = ผลต่างจุดร้อยละ (percentage point change) สำหรับพฤติกรรม; p (between) = Independent t-test สำหรับความรู้, Chi-square/Fisher's exact test สำหรับพฤติกรรม; ค่าในคอลัมน์ "ก่อน/หลัง" ของพฤติกรรม = ร้อยละที่ปฏิบัติถูกต้อง (ทุกครั้ง/บ่อยครั้ง)*

ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ: อัตราการมาพบแพทย์ตามนัดสูงทั้งสองกลุ่ม (สัปดาห์ที่ 12: กลุ่มทดลองร้อยละ 94.8, กลุ่มควบคุมร้อยละ 93.1) กลุ่มทดลองมีความครบถ้วนในการบันทึกสมุดใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน (ร้อยละ 58.2 เทียบกับร้อยละ 20.4) และมีอัตราการติดตามสำเร็จ ผ่านระบบโทรศัพท์และดิจิทัลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมาก ตลอดระยะเวลาการศึกษา (ร้อยละ 78.2–87.5) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยง ในการเกิดภาวะยาเหลือใช้สะสม ผลจากตัวชี้วัดเหล่านี้ ยืนยันว่า ความแตกต่างของผลลัพธ์หลักมีความสัมพันธ์โดยตรงกับกระบวนการดูแลอย่างเป็นระบบที่กลุ่มทดลองได้รับ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบอุบัติการณ์ยาเหลือใช้สะสมมากกว่า 7 วัน สูงถึงร้อยละ 64.7 โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (aOR = 14.65) และระยะเวลารักษา 1–3 ปี (aOR = 6.89) ขณะที่การเข้าถึงบริการ (aOR = 0.25) และการสนับสนุนจากผู้ดูแล (aOR = 0.53) เป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญ ผลการศึกษาระยะที่ 2 ได้ระบบบริหารจัดการยาแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก พร้อมจุดควบคุมคุณภาพ 3 จุด สำหรับผลการศึกษาระยะที่ 3 พบว่าระบบดังกล่าวสามารถลดสัดส่วนยาเหลือใช้สะสมในกลุ่มทดลองจากร้อยละ 39.7 เหลือร้อยละ 21.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.022) นอกจากนี้ การวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพหุตัวแปรยืนยันว่ากลุ่มทดลองมีโอกาสเกิดยาเหลือใช้สะสมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมถึงร้อยละ 65 (AOR = 0.35, p = 0.024)

ปัญหายาเหลือใช้ในการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักฐานในประเทศไทยที่รายงานสัดส่วนผู้ป่วยมียา เหลือใช้ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง[3-4] และสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า ความร่วมมือในการใช้ยาในโรคเรื้อรัง มักอยู่ในระดับต่ำ และการแก้ปัญหาจำเป็นต้องอาศัยมาตรการที่ ครอบคลุมระดับระบบบริการร่วมด้วย[20] ข้อค้นพบที่โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงสุด (aOR = 14.65) สะท้อนถึงความซับซ้อน ของการจัดการยาหลายชนิดพร้อมกัน (Polypharmacy) และความจำเป็น ในการทบทวนยาคงคลังก่อนการจ่ายยาใหม่[14,15] ขณะที่การเข้าถึงบริการ (aOR = 0.25) และการสนับสนุนจากผู้ดูแล (aOR = 0.53) เป็นปัจจัยป้องกันสอดคล้อง กับกรอบแนวคิดของ องค์การอนามัยโลกที่ชี้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพเป็นปัจจัย สำคัญต่อความร่วมมือในการใช้ยา[20] อีกทั้งการทบทวนอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายงานความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยา[22] ทั้งนี้ การวิเคราะห์ด้วยวิธี Complete-case (358 คน ร้อยละ 89.5) อาจส่งผลต่อความเอนเอียงของค่าประมาณ ผู้วิจัยจึงพิจารณา ค่า aOR ควบคู่กับบริบทหน้างาน เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการออกแบบระบบในระยะถัดไป

การศึกษาระยะที่ 2 ได้แปลงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันจากระยะที่ 1 สู่ระบบที่ปฏิบัติได้จริงผ่าน 3 กลไกหลัก คือ (1) การทบทวนรายการยาและปรับการจ่ายยาให้สอดคล้องวันนัด เพื่อลดโอกาส การเกิดยาซ้ำซ้อน (2) การสอบทานความเข้าใจด้วยเทคนิค Teach-back เพื่อลดช่องว่างเชิงปฏิบัติ และ (3) การติดตามเชิงรุกผ่านระบบดิจิทัลเพื่อควบคุมความถูกต้องในการดำเนินงาน กลไกเหล่านี้ ตอบสนองโดยตรง ต่อช่องว่างที่พบในระยะที่ 1 กล่าวคือ จุดอ่อน ด้านการสอบทานความเข้าใจที่มีเพียงร้อยละ 79.0 ได้ถูกยกระดับเป็นกลไกหลักของระบบ ส่งผลให้เห็นการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้และ พฤติกรรมในระยะที่ 3 อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ หลักฐานสังเคราะห์ระดับสากลยืนยันว่า Teach-back ช่วยเพิ่มผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ และความร่วมมือในการรักษาในหลายบริบทของโรคเรื้อรัง[23-24]

การพัฒนาและทดสอบร่วมกับทีมสหวิชาชีพช่วยเพิ่มความเหมาะสมต่อภาระงานจริงในหน่วยบริการ ปฐมภูมิสอดคล้องกับวรรณกรรมด้านการทำงานเป็นทีมในปฐมภูมิที่ระบุว่าการกำหนดบทบาทหน้าที่ ให้ชัดเจนและการสื่อสารข้ามวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อการบูรณาการบริการ[25-26] องค์ประกอบของระบบมีความสอดคล้องกับกรอบ Comprehensive Medication Management (CMM) ที่เน้นการประเมินยาอย่างเป็นระบบและการทำงานร่วมกันเป็นทีม[16] รวมทั้งกรอบ Care Coordination ของ AHRQ ที่เน้นการจัดระเบียบกิจกรรมการดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด[17]

ระบบที่พัฒนาขึ้นเป็นมาตรการแบบหลายองค์ประกอบ ซึ่งหลักฐานเชิงระบบจาก Cochrane ชี้ว่ามาตรการ ที่มีประสิทธิผลในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในโรคเรื้อรัง มักเป็นมาตรการแบบหลาย องค์ประกอบมากกว่ามาตรการเดี่ยว[21] ผลการวิเคราะห์ด้วย AOR = 0.35 (95% CI = 0.14–0.87, p = 0.024) ยืนยันประสิทธิผลของระบบอย่างชัดเจน แม้จะปรับความแตกต่าง ด้านปัจจัยพื้นฐานของ ผู้ป่วยแล้วก็ตาม สะท้อนว่าชุดมาตรการแบบบูรณาการลดการคงค้างของยา ในครัวเรือนได้จริง

ความครบถ้วนของการดำเนินงานตามแผนในกลุ่มทดลอง โดยเฉพาะอัตราความสำเร็จของการติดตามระยะไกล (ร้อยละ 78.2–87.5) และความสมบูรณ์ของข้อมูลบันทึก (ร้อยละ 58.2 เทียบกับร้อยละ 20.4 ของกลุ่มควบคุม) เป็นหลักฐานสำคัญที่ยืนยันว่า ผลลัพธ์หลักสะท้อนถึงประสิทธิผลของระบบที่พัฒนาขึ้น มากกว่าความแปรปรวน จากการปฏิบัติงานปกติ การประเมินความเคร่งครัด ในการดำเนินงาน (Implementation Fidelity) เป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่ช่วยอธิบายความสัมพันธ์ ระหว่างกระบวนการ ดำเนินงานกับผลลัพธ์ และช่วยเปิดกล่องดำ (Black Box) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความสำเร็จหรือ ล้มเหลว[27-29] การกำหนดตัวชี้วัดความเคร่งครัดขั้นต่ำ (Minimum Fidelity Indicators) ตั้งแต่ระยะที่ 2 ช่วยให้สามารถติดตามองค์ประกอบหลักได้อย่างเป็นระบบ ทั้งด้านความครบถ้วน ความถี่และ คุณภาพของ การส่งมอบ

ข้อค้นพบหลักของการศึกษานี้คือ ปัญหายาเหลือใช้ไม่สามารถแก้ได้ด้วยการเพิ่มความรู้เพียงอย่างเดียว เพราะแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์สูง ($\bar{x}$ = 3.29) แต่อุบัติการณ์ยาเหลือใช้ยังคงสูงถึงร้อยละ 64.7 สะท้อนให้เห็นว่าต้นเหตุที่แท้จริงเป็นปัญหาเชิงระบบ (การจ่ายยาเกินวันนัด การขาดการทบทวนยาคงคลัง) ร่วมกับช่องว่างเชิงปฏิบัติ (การจัดเก็บยาไม่ถูกต้อง การไม่ทราบวิธีจัดการเมื่อลืมยา) ระบบที่พัฒนาขึ้นจึงแตกต่างจากมาตรการเดิมที่มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความรู้ โดยเป็นการแทรกแซงระดับระบบบริการ (System-level Intervention) ที่แก้ทั้งต้นเหตุเชิงระบบ ผ่านจุดควบคุมคุณภาพ 3 จุด และต้นเหตุเชิงพฤติกรรมผ่านเทคนิค Teach-back และการติดตามเชิงรุก ผลลัพธ์ที่กลุ่มทดลองมีโอกาสเกิดยาเหลือใช้น้อยกว่ากลุ่มควบคุมถึงร้อยละ 65 (AOR = 0.35) แม้ติดตามเพียง 12 สัปดาห์ จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการบูรณาการมาตรการเชิงระบบ พฤติกรรม และการกำกับติดตาม เข้าด้วยกันอย่างเป็นองค์รวม สามารถลดปัญหายาเหลือใช้ได้อย่างมีนัยสำคัญทั้งทางสถิติและทางคลินิก

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ 1) ดำเนินการในหน่วยบริการเดียว จึงอาจจำกัดความสามารถ ในการขยายผลไปสู่บริบทอื่น 2) ระยะเวลาติดตาม 12 สัปดาห์อาจยังไม่เพียงพอต่อการประเมิน ความยั่งยืนของผลลัพธ์ 3) การใช้ Complete-case Analysis อาจส่งผลต่อ Selection Bias หากการขาดหายของข้อมูลสัมพันธ์กับผลลัพธ์โดยตรง 4) ยังไม่ได้วัดผลลัพธ์ในมิติเชิงเศรษฐศาสตร์ เช่น มูลค่ายาเหลือใช้ที่ลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) ควรกำหนดจุดควบคุมคุณภาพ 3 จุด (ทบทวนรายการยา ตรวจนับยา ติดตามเชิงรุก) เป็นมาตรฐาน ในคลินิกโรคเรื้อรัง 2) ควรใช้เทคนิค Teach-back เป็นขั้นตอนบังคับในจุดให้คำแนะนำด้านยา 3) ควรให้ความสำคัญ กับกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้รักษาต่อเนื่อง 1–3 ปี และผู้ป่วย โรคร่วมหลายชนิด 4) ควรบรรจุตัวชี้วัด "ยาเหลือใช้สะสม >7 วัน" เป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์คุณภาพ NCD Clinic 5) ควรกำหนดตัวชี้วัดความเคร่งครัดในการดำเนินงาน (Fidelity Indicators) เพื่อกำกับติดตาม คุณภาพของการส่งมอบระบบอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1) ควรติดตามผลต่อเนื่องมากกว่า 12 สัปดาห์เพื่อประเมินความยั่งยืน 2) ควรเพิ่มการวัดผล เชิงเศรษฐศาสตร์ เช่น มูลค่ายาเหลือใช้ที่ลดลง 3) ควรทดสอบในหน่วยบริการที่มีบริบทแตกต่าง เช่น พื้นที่เมืองและชนบท

เอกสารอ้างอิง

1.วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ.(2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.

2.พรชิตา ศิรินวเสถียร.(2561). ประสิทธิภาพการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกพิเศษ. ว.โรงพยาบาลมหาสารคาม 2561;15(2):111-118.

3.ชนินท์ ประคองยศ และคณะ.(2565). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการนำยาเหลือใช้มาพบแพทย์ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. ว.โรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565;19(3):29-36.

4.ปรารถนา กุลชูศักดิ์.(2565). การศึกษาปัญหายาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ. ว.ชัยภูมิ เวชสาร. 2565;42(1):66-74.

5.พิมพ์ชนก ศิริบูรณ์ และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์.(2565). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยาเมทฟอร์มินที่เหลือใช้ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ว.การสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(03):81-81.

6.ปรารถนา ชามพูนท และคณะ.(2554). ยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2554;6(2):105.

7.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.(2562). นวัตกรรมกระเป๋าคืนยาช่วยชาติ. [ออนไลน์] 2562. เข้าถึงได้จาก: https://na.mahidol.ac.th/sdgs/ [เข้าถึงเมื่อ 30 กรกฎาคม 2567].

8.วิภาดา ปุณณภาไพศาล.(2560). การออกแบบระบบการจัดการยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2560;10(2):300-314.

9.พุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร, ศิระพร ทองโปร่ง, มนูญ ทองมี.(2561). ผลการสำรวจยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางสะพาน. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2561;3(1):119-125.

10.ช่อทิพย์ จันทรา และจินดา ม่วงแก่น.(2563). การศึกษาสาเหตุการนำยาเหลือใช้มาคืนของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง. เอกสารการประชุมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 11; 2563.

11.Smith A, Jones L, Cooper J.(2020). Reducing medication errors in primary care. Pharmacy Practice. 2020;18(2):1963.

12.Punnapasaian S.(2018). Integrated Drug Management System to Reduce Drug Waste. Thai J Hosp Pharm. 2018;28(3):175-185.

13.Thummavut P. Impact of Patient Education and Follow-up on Drug Utilization. J Health Educ Res Dev. 2014;32(2):102-110.

14.สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย).(2560). ระบบการจัดการด้านยาในโรงพยาบาลคุณภาพ. [ออนไลน์] 2560.

15.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2561). แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง. 2561.

16.CMM in Primary Care Research Team.(2018). The Patient Care Process for Delivering Comprehensive Medication Management (CMM): Optimizing Medication Use in Patient-Centered, Team-Based Care Settings. July 2018. Available at: http://www.accp.com/cmm_care_process.
17.Tomoaia-Cotisel A, Farrell TW, Solberg LI, Berry CA, Calman NS, Cronholm PF, et al.(2018). Implementation of care management: an analysis of recent AHRQ research. Med Care Res Rev. 2018;75(1):46-65.
18.Kemmis S, McTaggart R.(1988). The Action Research Planner. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
19.Daniel WW.(1995). Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New York: Wiley; 1995.
20.World Health Organization.(2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. WHO; 2003.
21.Nieuwlaat R, et al.(2014). Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(11).
22.Shahin W, Kennedy GA, Stupans I.(2021). The association between social support and medication adherence in patients with hypertension: A systematic review. Pharm Pract (Granada). 2021;19(2):2300.
23.Talevski J, Wong Shee A, Rasmussen B, Kemp G, Beauchamp A.(2020). Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. PLoS One. 2020;15(4):e0231350.
24.Dinh TTH, et al.(2016). The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease. JBI Database System Rev Implement Rep. 2016;14(1):210-247.
25.Pestka DL, et al.(2022). Barriers and facilitators to implementing pharmacist-provided comprehensive medication management in primary care transformation. Am J Health Syst Pharm. 2022;79(15):1255-1265.
26.Supper I, et al.(2015). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers. J Public Health (Oxf). 2015;37(4):716-727.
27.Hasson H.(2010). Systematic evaluation of implementation fidelity of complex interventions in health and social care. Implement Sci. 2010;5:67.
28.Carroll C, et al.(2007). A conceptual framework for implementation fidelity. Implement Sci. 2007;2:40.
29.Dusenbury L, et al.(2003). A review of research on fidelity of implementation. Health Educ Res. 2003;18(2):237-256.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดโดยใช้รูปแบบนาคาล้อมรักษ์ร่วมกับชุมชนภาคีเครือข่ายอำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

Development of health care model for psychiatric patients with drug abuse by Nakha Lom Rak model collaboration with community network of Sophisai District, Buengkan Province.

(Received: March 12,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

พัชราภรณ์ จันทร์ลุน[1]
Pacharaporn Janloon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดโดยใช้รูปแบบนาคาล้อมรักษ์ร่วมกับชุมชนภาคีเครือข่าย และศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลดังกล่าว อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน รวม 79 คน และผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด จำนวน 74 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบประเมินสมรรถนะ แบบประเมินการมีส่วนร่วม แบบประเมินความพึงพอใจ แบบประเมินอาการทางจิตเวช แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบประเมินการใช้สารเสพติด สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบนาคาล้อมรักษ์ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1) N-Network Participation เครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม 2) A-Assessment การประเมินแบบองค์รวม 3) G-Care Continuity การดูแลต่อเนื่อง 4) A-Activities กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต 5) ล้อมรักษ์-Loving Community ชุมชนล้อมรอบด้วยความรัก ผลการใช้รูปแบบพบว่า การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 62.89 การส่งต่อจากชุมชนเพิ่มขึ้นร้อยละ 222.47 อัตราการคงอยู่ในการบำบัดเพิ่มจากร้อยละ 42.30 เป็น 78.60 การกลับเข้ารักษาซ้ำลดลงร้อยละ 55.56 คุณภาพชีวิตปรับปรุงจากระดับไม่ดี (43.23 ± 8.03) เป็นระดับดีมาก (72.05 ± 9.40) การยอมรับจากชุมชนเพิ่มขึ้นร้อยละ 100.31 เหตุการณ์รุนแรงลดลงร้อยละ 75.00 การทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าอาการทางจิตเวชและคุณภาพชีวิตมีการปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด, รูปแบบนาคาล้อมรักษ์, การดูแลแบบชุมชนมีส่วนร่วม

Abstract

This study was Participatory Action Research (PAR) study aimed to investigate the situation, problems, and existing models of care for psychiatric patients with substance use disorders; develop a care model for psychiatric patients with substance use disorders using the Naga Protective Care model in collaboration with community network partners; and evaluate the effectiveness of this care model in So Phisai District, Bueng Kan Province. The sample consisted of 17 multidisciplinary healthcare personnel, 62 community network partners, and 74 psychiatric patients with substance use disorders. Research instruments included semi-structured interview guides, demographic questionnaires, knowledge assessment forms, competency assessment forms, participation assessment forms, satisfaction assessment forms, psychiatric symptom assessment forms, quality of life assessment forms, and substance use assessment forms. Statistics used included frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test for pre-post comparisons.

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

Study results revealed that Naga Protective Care model comprised five core components: 1) N-Network Participation 2) A-Assessment (holistic evaluation) 3) G-Care Continuity 4) A-Activities (mental health promotion) 5) Protective Care-Loving Community. Results showed significant improvements across multiple domains: service accessibility increased by 62.89%, community referrals rose by 222.47%, treatment retention improved from 42.30% to 78.60%, readmissions decreased by 55.56%, quality of life advanced from poor (43.23 ± 8.03) to very good levels (72.05 ± 9.40), community acceptance increased by 100.31%, and violent incidents decreased by 75.00%. Statistical analysis revealed significant improvements in psychiatric symptoms and quality of life ($p < .001$).

Keywords: Psychiatric patients with substance use disorders, Naga Protective Care model, community participatory care

บทนำ

ปัญหาจิตเวชจากการใช้สารเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อาชญากรรม สิทธิมนุษยชน และความยากจน ในปี 2564 มีจำนวนมากกว่า 296.00 ล้านคน ในช่วงอายุ 15-64 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.00 จากช่วงทศวรรษที่ผ่านมา และมีผู้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพรุนแรงจากการเสพยาเสพติดจำนวน 39.50 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 45.00 (United Nations Office on Drugs and Crime, 2021)[1] ประเทศไทยในปี 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง (SMI-V) จำนวน 13,194 คน โดยพบว่าส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 8,245 คน ร้อยละ 62.49 เมื่อพิจารณาตามประเภทผู้ป่วยพบว่าส่วนมากเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-19) จำนวน 2,213 คน ร้อยละ 17.34 (กรมสุขภาพจิต, 2563)[2] ในปี 2564 มีจำนวน 1.40 ล้านคน แบ่งเป็นผู้ใช้สารเสพติด จำนวน 1.10 ล้านคน และเป็นผู้ติดสารเสพติด จำนวน 3.20 แสนคน[3] จังหวัดบึงกาฬเป็นจังหวัดที่ติดชายแดนสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีการจับกุมยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนสูงขึ้นในทุกปี จึงเป็นแหล่งลำเลียงของยาเสพติดที่สำคัญ รายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ในปี 2566 มีผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 1,273 ราย คิดเป็นร้อยละ 193.34 [4] อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ มีการแพร่ระบาดอย่างหนัก โดยในปี 2567 มีผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่ไม่ได้เข้าถึงบริการรักษาประมาณ 700 คน มีรายงานก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตเป็นจำนวน 4 ราย และสูญเสียทรัพย์สินจำนวนมากไม่สามารถระบุมูลค่าความเสียหายได้[5]

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดโดยใช้รูปแบบนาคาล้อมรักษ์ร่วมกับชุมชนภาคีเครือข่ายอำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับหลักการแพทย์สมัยใหม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบเดิม ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดโดยใช้รูปแบบนาคาล้อมรักษ์ร่วมกับชุมชนภาคีเครือข่ายอำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดโดยใช้รูปแบบนาคาล้อมรักษ์ร่วมกับชุมชนภาคีเครือข่ายอำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ระหว่างเดือนมิถุนายน 2568 ถึง ธันวาคม 2568 รวมระยะเวลา 7 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในอำเภอโซ่พิสัย จำนวน 17 คน ตัวแทนภาครัฐและภาคีเครือข่าย จำนวน 62 คน และผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด (F10-F19) ที่ขึ้นทะเบียนบำบัดในพื้นที่อำเภอโซ่พิสัย จำนวน 669 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย บุคลากรสหวิชาชีพ จำนวน 17 คน ภาคีเครือข่ายชุมชน จำนวน 62 คน รวม 79 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด จำนวน 74 คน โดยคำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากรและสุ่มจากทะเบียนรายชื่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด แบบประเมินสมรรถนะในการดูแล แบบประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน แบบประเมินความพึงพอใจ แบบประเมินอาการทางจิตเวช แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบประเมินการใช้สารเสพติด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.92 จากนั้นจึงทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient = 0.94

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเป็น 6 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ 2) การกำหนดมาตรการกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา 3) การกำหนดบทบาทภาคีเครือข่าย 4) การดำเนินการตามรูปแบบมาตรการกิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่าย 5) การสรุปถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรคแนวทางแก้ไข และ 6) การปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนหลังการใช้รูปแบบ ด้วยสถิติ Paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารสุขจังหวัดบึงกาฬ โดยคำนึงถึงจริยธรรมทางการวิจัยในการศึกษาตลอดเวลาและให้ความสำคัญในทุกด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นส่วนตัว (privacy) ด้านการรักษาความลับ (confidentiality) และด้านการยินยอมพร้อมใจ (informed consent)

ผลการวิจัย

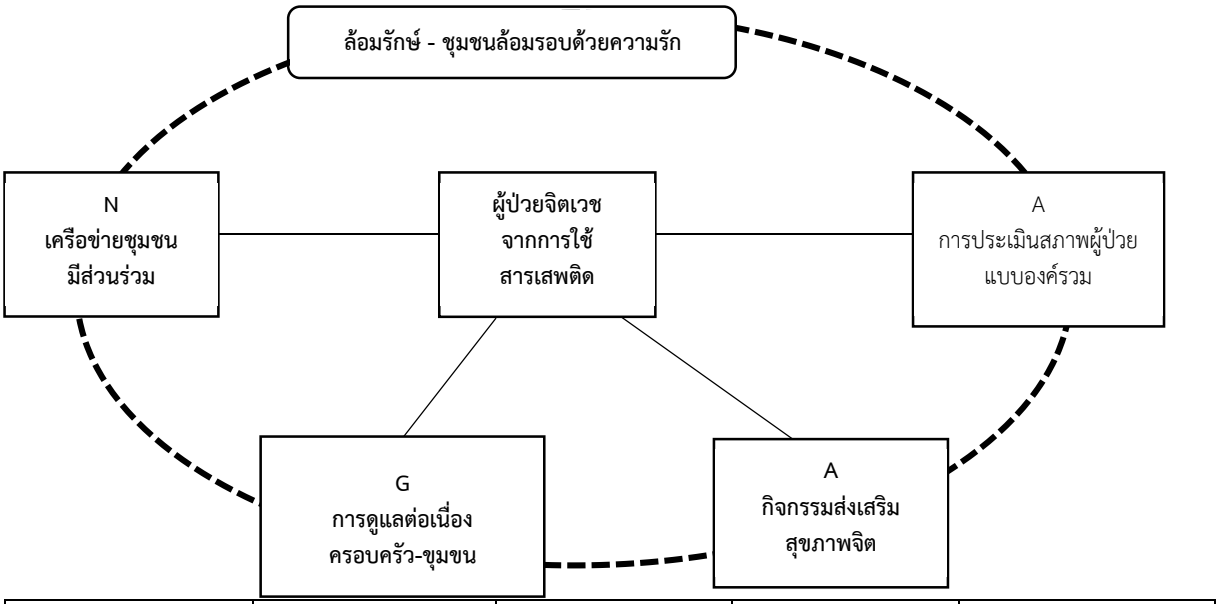
สถานการณ์และความต้องการด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด จากการสนทนากลุ่มและการสำรวจ พบว่าอำเภอโซ่พิสัยมีผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดกลุ่มสีแดง จำนวน 234 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.45 ของผู้ป่วยทั้งจังหวัด ปัญหาหลักมี 7 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ระบบจัดการภาวะวิกฤตทางจิตเวชในชุมชนขาดประสิทธิภาพ เกิดวงจรประตูหมุนของผู้ป่วย ขาดการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย ครอบครัวและชุมชนขาดทักษะการรับมือ ชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวช ขาดบุคลากรด้านสุขภาพจิตในชุมชน และขาด

รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่น

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 74 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 62 คน ร้อยละ 83.78 มีค่าเฉลี่ยอายุ 33.42 ± 12.65 ปี ระดับการศึกษาส่วนมากจบมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 27 คน ร้อยละ 36.49 อาชีพหลักส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 30 คน ร้อยละ 40.54 สารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือยาบ้า จำนวน 52 คน ร้อยละ 70.27

การพัฒนารูปแบบนาคาล้อมรักษ์ รูปแบบนาคาล้อมรักษ์ถูกพัฒนาขึ้นโดยใช้สัญลักษณ์พญานาคซึ่งเป็นความเชื่อที่ฝังลึกในวัฒนธรรมท้องถิ่นของอำเภอโซ่พิสัย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1) N-Network Participation เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านเครือข่าย "นาคเฝ้าระวัง" 2) A-Assessment การประเมินสภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมด้วย "นาคารู้จิต" 3) G-Care Continuity การดูแลต่อเนื่องโดยครอบครัวและชุมชนผ่าน "นาคาส่งต่อ" 4) A-Activities กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผ่าน "นาคาสร้างใจ" 5) ล้อมรักษ์-Loving Community การล้อมรอบด้วยความรักจากชุมชนผ่าน "นาคาอุ้ม" ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพ 4.1 โมเดลนาคาล้อมรักษ์



N - Network Participation เครือข่าย "นาคเฝ้าระวัง" / ศูนย์ประสานงานวิกฤต / Line Group แจ้งเตือน	**A - Assessment** แบบประเมิน "นาคารจิต"/ ประเมินครอบครัว-ชุมชน/ ภูมิปัญญาท้องถิ่น	**G-Care Continuity** ระบบ "นาคาส่งต่อ" / แผน "นาคาดูแล" /ทีม "นาคา เยี่ยม" Home visit	**A- Activities** กิจกรรม "นาคาสร้างใจ / โครงการ นาคาเข้าใจ" /กลุ่ม นาคาแชร์	**ล้อมรัก - Loving Community** เครือข่าย “นาคาอุ้ม” / พิธีกรรมท้องถิ่น / "บ้านนาคาพัก”

ปรัชญานาคาล้อมรักษ์

"เหมือนพญานาค คุ้มครองแม่น้ำโขง เราจะสร้างเครือข่ายชุมชน ล้อมรอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยความรัก ความเข้าใจ และความต่อเนื่อง โดยบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีในชุมชนของตนเอง

แม่น้ำโขง × พญานาค X การแพทย์สมัยใหม่ x ชุมชนอำเภอโซ่พิสัย

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ การเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลก่อน-หลังการใช้รูปแบบนาคาล้อมรักษ์ แสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลก่อน-หลังการใช้รูปแบบนาคาล้อมรักษ์ (n=74)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ	หลังใช้รูปแบบ	t	p-value
	$\bar{x}$ ± S.D.	$\bar{x}$ ± S.D.		
คุณภาพชีวิต	25.94 ± 4.82	43.23 ± 5.64	18.45	<0.001*
อาการซึมเศร้า (2Q Score)	1.52 ± 0.50	0.74 ± 0.44	8.92	<0.001*
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q Score)	3.85 ± 2.12	1.44 ± 1.58	7.34	<0.001*
พฤติกรรมรุนแรง (OAS Score)	12.67 ± 4.85	4.43 ± 3.12	12.76	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านการเข้าถึงบริการ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการรักษาเพิ่มขึ้นจาก 582 ราย เป็น 948 ราย คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 62.89 การส่งต่อจากภาคีเครือข่ายในชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 89 ราย เป็น 287 ราย คิดเป็นร้อยละ 222.47 ด้านการรักษาและติด ตาม อัตราการคงอยู่ในการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้นจาก 42.30% เป็น 78.60% คิดเป็นการปรับปรุงร้อยละ 85.82 อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำลดลงจาก 48.65% เป็น 21.62% คิดเป็นการลดลงร้อยละ 55.56 ด้านผลลัพธ์ทางสังคม ผู้ป่วยที่ได้รับการยอมรับจากชุมชนเพิ่มจาก 32.40% เป็น 64.90% คิดเป็นร้อยละ 100.31 เหตุการณ์รุนแรงในชุมชนลดลงจาก 48 ครั้งต่อปี เป็น 12 ครั้งต่อปี คิดเป็นการลดลงร้อยละ 75.00

ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า จำนวนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหายาเสพติดเพิ่มจาก 12 ครั้งต่อปี เป็น 48 ครั้งต่อปี คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 300.00 อาสาสมัครในชุมชนเพิ่มจาก 35 คน เป็น 128 คน คิดเป็นร้อยละ 265.71

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบนาคาล้อมรักษ์ที่บูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นของอำเภอโซ่พิสัยเข้ากับหลักการแพทย์สมัยใหม่ มีประสิทธิผลในการปรับปรุงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดอย่างครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Silva และคณะ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนสามารถเพิ่มอัตราการคงอยู่ในการรักษาและลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้[6] การที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตปรับปรุงจากระดับไม่ดีเป็นระดับดีมากอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์ และคณะ ที่พบว่าโปรแกรมที่บูรณาการแนวคิดท้องถิ่นสามารถลดความเครียดและพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง[7] การที่การส่งต่อจากชุมชนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 222.47 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการสร้างเครือข่ายชุมชนในการค้นหาและนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ Goldman และคณะ ที่พบการเพิ่มขึ้นของการเข้าถึงบริการได้[8] การที่รูปแบบนาคาล้อมรักษ์มีประสิทธิผลสูงอาจเนื่องมาจากการใช้สัญลักษณ์พญานาคซึ่งเป็นความเชื่อที่ฝังลึกในวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส และคณะ ที่พบว่าปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสวงหาการรักษา[9] การบูรณาการความเชื่อและพิธีกรรมท้องถิ่นเข้ากับการดูแลทำให้เกิดการยอมรับและความเชื่อมั่นจากผู้ป่วยและชุมชน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลลัพธ์จะมีการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังคงมีผู้ป่วยบางส่วนที่ยังมีปัญหาการใช้ การเสพติดซ้ำ ซึ่งอาจ

สะท้อนถึงความจำเป็นในการติดตามและเสริมสร้างพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Reilly และคณะ ที่เน้นความสำคัญของการดูแลแบบบูรณาการที่ต่อเนื่องในระยะยาว [10]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบนาคาล้อมรักษ์ไปประยุกต์ใช้ในบริบทของพื้นที่อื่น ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ โดยใช้เวลาในการพัฒนาอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเพิ่มจำนวนและเวลาการทำงานของบุคลากรจิตเวชและการอบรมทีมสหวิชาชีพ

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวของรูปแบบ โดยเฉพาะการติดตามผลที่ 6 เดือนและ 1 ปี หลังการแทรกแซง เพื่อประเมินความยั่งยืนของระบบ

4. ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบนาคาล้อมรักษ์สำหรับกลุ่มโรคจิตเวชอื่นๆ และประเมินต้นทุนและผลตอบแทนทางเศรษฐศาสตร์ของการดำเนินงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติดและครอบครัวทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลโซ่พิสัย และบุคลากรสุขภาพจิตที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบ นายอำเภอโซ่พิสัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 7 แห่ง ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายทุกท่านที่ร่วมสร้างสรรค์รูปแบบนาคาล้อมรักษ์ รวมถึงประชาชนชาวอำเภอโซ่พิสัยที่ให้การสนับสนุนตลอดการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime.(2021). World Drug Report 2021. Vienna: UNODC; 2021.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2564). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประเทศไทย ประจำปี 2563. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2564.
3. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2565). รายงานสถานการณ์ยาเสพติด ประจำปี 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.; 2565.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ.(2566). รายงานสถิติการบำบัดรักษายาเสพติด ประจำปี 2566. บึงกาฬ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2567.
5. โรงพยาบาลโซ่พิสัย.(2567). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ประจำปี 2567. บึงกาฬ: โรงพยาบาลโซ่พิสัย; 2568.
6. Silva M, Rodriguez A, Martinez L, Thompson K, Johnson P.(2022). Impact of community-based interventions on substance use treatment outcomes in middle-income countries. Addiction Research & Theory. 2022;30(4):278-289.
7. ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, พรทิพย์ สมบัติดี, ชัยวุฒิ เพ็ญกุล.(2567). ผลของโปรแกรมสติสำหรับผู้ใช้สารเสพติดเพศชายในประเทศไทยต่อความเครียด การทำร้ายตนเอง และความตั้งใจงดเว้นยาเสพติด. วารสารพยาบาลจิตเวชไทย. 2567;32(1):45-62.
8. Goldman ML, Spaulding AC, Zaller N, Beckwith CG, Lucas KJ, Macmadu A.(2021). Transforming addiction and mental health services. International Journal of Drug Policy. 2021;95:103245.

9. จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, กาญจนา แก้วคำ, สุนทรี จันทรเสน.(2564). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยที่ใช้บริการหมอพระและระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2564;51(2):234-248.
10. Reilly TJ, Swift W, Frampton GK, MacLeod J, Hickman M, Ferris JA.(2025). Comprehensive care processes for substance use in adult mental health services: A systematic review. Journal of Substance Abuse Treatment. 2025;145:108765.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรมเขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา

Development of a model for end-of-life care for the elderly in a multicultural context Urban community area, Yala Province.

(Received: March 29,2026 ; Revised: March 30,2026 ; Accepted: March 31,2026)

ณัฏฐิกา แซ่แต้[1] **สุภิรัชต์ นิธิสุทธ์**[2] **ศิวพร ไชยหมาน**[3]
Natthika Saetae[1] **Supirat nitivisut**[2] **Siwaporn Chaimarn**[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา และเพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา โดยใช้แนวคิดวงจรพัฒนา ของเดมมิ่ง (Deming cycle) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนการปฏิบัติ การดำเนินงาน และการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พยาบาลระดับปฏิบัติการ 20 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 30 คน ผู้ดูแลหลัก 30 คน และอาสาสมัครหมู่บ้าน 20 คน ที่เข้ารับการดูแลตั้งแต่ เดือน กรกฎาคม 2567 ถึง กันยายน 2567 รวม 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย คู่มือรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง 2) แบบสังเกตพฤติกรรม 3) แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการ และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัว ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นโดย วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .91 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา ซึ่งพัฒนาจากสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย 1) แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตาม PPS ในการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุ 2) การวางแผนชีวิตล่วงหน้า (Advance Care Planning) 3) การจัดการอาการรบกวนในระยะท้ายของผู้สูงอายุ 4) การดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายตามหลักศาสนา (พุทธ, อิสลาม และคริสต์) ผลการวิจัย 1) พยาบาลใช้แนวทาง PPS ในการประเมินผู้สูงอายุระยะท้ายที่ได้รับการดูแล/การใช้ Syringe driver พร้อมทั้งลงบันทึกตามแบบฟอร์มในโปรแกรม HosXp ร้อยละ 91.68 2) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้ร่วมวางแผนชีวิตล่วงหน้า (Advance Care Planning) ร้อยละ 50.0 3) ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามหลักศาสนา (พุทธ ,อิสลาม และคริสต์) ร้อยละ 89.0 4) อสม.ใช้แบบประเมินระดับความปวดในการประเมินความปวดผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 100

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้าย บริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง

Abstract

The current study was action research aimed to investigate the situation of developing an end-of-life care model for older people in a multicultural urban community context, Yala province, and to evaluate the outcomes of the development of an end-of-life care model for older people in a multicultural urban community context, Yala province applying the Deming cycle concept, consisting of 4 stages; situation analysis, action planning, implementation, and evaluation. The total of 100 participants were selected using purposive sampling approach, consisting of 20 professional nurses, 30 terminal patients, 30 primary caregivers, and 20 village health volunteers those who received care from July to September, 2024. The research instruments consisted of the end-of-life care model for older people in a multicultural urban

[1] ปรด. โรงพยาบาลยะลา
[2] พย.บ. โรงพยาบาลยะลา
[3] พ.บ. โรงพยาบาลยะลา

community context, Yala province. The data were collected through 1) semi-structure interview 2) behavioral observation form 3) service provider satisfaction questionnaire, and 4) family satisfaction questionnaire. All instruments were validated for content validity by experts and reliability were tested by utilizing Cronbach's alpha coefficient (.91 and .95 respectively). The data were analyzed using descriptive statistics; frequency, percentage, and standard deviation.

A multidisciplinary model of end-of-life care for the elderly in a multicultural urban community in Yala Province comprises: 1) a patient screening guideline based on PPS (Personal Problem Solving) to assess the elderly's abilities; 2) advance care planning; 3) management of disruptive symptoms in the end-of-life period; and 4) end-of-life care tailored to different religious beliefs (Buddhism, Islam, and Christianity). Research findings: 1) 91.68% of nurses used the PPS guideline to assess terminally ill patients receiving care/using a syringe driver, and recorded the information using the HosXp program form. 2) 50.0% of terminally ill patients and caregivers participated in advance care planning. 3) 89.0% of caregivers were satisfied with end-of-life care according to their religious beliefs (Buddhism, Islam, and Christianity). 4) 100% of community health volunteers used the pain assessment scale to evaluate pain in terminally ill patients.
Keywords: End-of-Life care model for older people, multi-cultural community context, urban

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 19.4 ของประชากรทั้งประเทศ[1] ที่ได้รับการดูแลระยะท้ายแบบประคับประประคอง แบ่งสัดส่วนตามกลุ่มโรคเรื้อรังๆดังนี้ กลุ่มโรคมะเร็งร้อยละ 35.4 โรคหลอดเลือดสมองแตก/ ตีบร้อยละ 13.6 ภาวะไตวายเรื้อรังร้อยละ 14.7 โรคถุงลมโป่งพองร้อยละ 20.9 ภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 17.3 โรคสมองเสื่อมร้อยละ 14.0 และผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 14.9[2] ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคระยะสุดท้ายที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี Advance diseases with poor prognosis) ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การยอมรับว่าผู้ป่วยเหลือเวลาไม่นาน การดูแลจึงเป็นไปเพื่อความสะดวกมีความสุขทั้งทางกายและใจของผู้ป่วยด้วยหวังให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบไม่มีเรื่องติดค้างไว้เบื้องหลังหรือการตายดีตายอย่างมีศักดิ์ศรี[3]

ในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างถูกต้องเหมาะสมและเข้าไม่ถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง[4] ด้วยเหตุผลที่ว่าการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เน้นกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมด เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มิใช่โรคมะเร็ง นอกจากนั้นอาจมีปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าไม่ถึงบริการด้านการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ แบบแผนการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคและเป็นโรคที่ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาความก้าวหน้าของโรคที่เข้าสู่ระยะท้าย[5] ทัศนคติเกี่ยวกับความตาย[6] หรือความรู้ความสามารถด้านการดูแลแบบประคับประคองของผู้ให้บริการ[7]

จากการดำเนินงานของหน่วยประคับประคอง โรงพยาบาลยะลาในเขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลาให้บริการ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2565-2567 มีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่ถูกส่งต่อเพื่อให้การดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 35, 57 และ 72 ราย[8] ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น พบรูปแบบการให้บริการไม่ชัดเจน มีแนวทางปฏิบัติที่หลากหลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลที่มีความแตกต่างกันและไม่ครอบคลุมองค์รวมทั้งภายในโรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงชุมชน อีกทั้งบุคลากรทีมสุขภาพบางส่วนยังขาดความรู้ ทักษะในการประเมินและ

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ความเข้าใจในการดูแลของผู้ดูแลหลักอย่างต่อเนื่อง ทั้งเรื่องการจัดการอาการ การบริหารจัดการยามอร์ฟีน กิจกรรมพบปะสังสรรค์กับครอบครัว (Family Meeting) การวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Advance Care Planning) (ACP) ร้อยละ 20[8] ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

ดังนั้น ผู้วิจัยและหน่วยประคับประคองโรงพยาบาลยะลาได้เห็นความสำคัญและความจำเป็นเร่งด่วน ในการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน เพื่อช่วยให้ญาติและสมาชิกในครอบครัวเตรียมพร้อมกับการจากไปของผู้สูงอายุระยะท้ายที่ได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ในสิ่งแวดล้อมที่ดีและเผชิญความตายอย่างสงบห้อมล้อมด้วยบุคคลอันเป็นที่รัก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา

3.เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Rsearch) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่าง มี 3 กลุ่ม ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลหลักและผู้ให้บริการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 30 คนที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตชุมชนเมืองจังหวัดยะลา เดือนกันยายน 2567 คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า(inclusion criteria) ดังนี้ คือ มีอายุ 60 ปี ขึ้น ไป แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้าย ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมีอาการรบกวนมาก ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้ดูแลหลักที่ได้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 30 คน ยินยอมและสมัครใจร่วมวิจัย

3. ผู้ให้บริการ คือ บุคลากรทีมสหสาขา ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 20 คน ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 20 คน และอาสาสมัครที่ดูแลในพื้นที่เขตเขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 20 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา ได้แก่

1.1 คู่มือรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลาที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา

1.2 เครื่องมือที่ในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ คือ

1.2.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างใช้สนทนากลุ่มผู้ให้บริการ เนื้อหา ประกอบด้วย สถานการณ์ปัญหาอุปสรรค ระบบหรือแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขต

ชุมชนเมือง จังหวัดยะลา ข้อเสนอแนะและสิ่งที่ต้องการให้เกิด

1.2.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยในระยะท้าย เนื้อหา ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การดูแล ที่ได้รับ ปัจจัยสนับสนุนหรือส่งเสริมการดูแล ปัญหาความต้องการความช่วยเหลือและข้อเสนอแนะ

1.2.3 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก เนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ ปัจจัยสนับสนุนหรือส่งเสริมการดูแล ปัญหาและอุปสรรคในการดูแล และข้อเสนอแนะ

2. เครื่องมือที่ประเมินผลลัพธ์ ได้แก่

2.1 แบบสังเกตพฤติกรรมพยาบาลในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา มีระดับคะแนน 0-1 หมายถึง ไม่ ปฏิบัติและปฏิบัติ

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา มีระดับคะแนน 1-5 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด-มากที่สุด

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจ ของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลามีระดับคะแนน 1-5 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด-มากที่สุด มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ เป็นคะแนน 1, 2, 3, 4, 5 ดังนี้ 1 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก, 5 = มากที่สุด โดยกำหนด

2.4 แบบประเมินระดับความปวด ของ แบบประเมินความปวดด้วยการบอกเป็นตัวเลข (numeric rating scale [NRS] มีช่วงคะแนน 0-10 สำหรับผู้สูงอายุที่รู้สึกตัวและสื่อสารทางการพูดได้ ผู้สูงอายุบอกตัวเลขที่แสดงถึงความปวดทีเกิดขึ้นในขณะนั้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ ได้พัฒนาจากการศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎี บทความวิชาการและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและความถูกต้องเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก ได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 และ 0.92 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย

2.ผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างในผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะท้าย พยาบาลผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เขตเขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา และผู้อาสาสมัครที่ดูแลในพื้นที่เขตเขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 4 กลุ่ม ใช้เวลากลุ่มละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบการพัฒนาและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลาแล้วจึงดำเนินการศึกษาวิจัยตามรูปแบบที่วางไว้

3.ผู้วิจัยศึกษา ค้นคว้า ทบทวนแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อนำมาบูรณาการให้สอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุในแบบสังคมพหุวัฒนธรรมของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และออกแบบสังเคราะห์แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา

4.ผู้วิจัยยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลาทั้งหมด 4 เรื่องย่อย ประกอบด้วย 1) แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือของผู้สูงอายุ Palliative Performance Scale (PPS) 2) การวางแผนชีวิตล่วงหน้า (Advance Care Planning) 3) การจัดการอาการรบกวนในระยะ

ท้ายของผู้สูงอายุ 4) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามหลักศาสนา (พุทธ, อิสลาม และคริสต์)

5.ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลาจำนวน 4 เรื่อง รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลาซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนทางการพยาบาลผู้ใหญ่ ศัลยแพทย์ผู้ผู้เชี่ยวชาญด้านหลักศาสนาอิสลาม พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง และพยาบาลปฏิบัติการประจำเวชปฏิบัติชุมชน Primary Care Cluster: PCC โดยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับแก้ไขเนื้อหาตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

6. ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลาไปใช้ โดยการจัดอบรมในโครงการการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา กลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 50 คน คน จำนวน 1 วัน และประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายและอาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม) กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมจำนวน 60 คน อสม และผู้สนใจ จำนวน 40 คน รวมผู้เข้าประชุมทั้งสิ้น 100 คน จำนวน 1 วัน

7. ผู้วิจัยชี้แจงนโยบายการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลาไปใช้ในชุมชนเขตเมือง จังหวัดยะลา พื้นที่ในเขตเทศบาล ประกอบด้วยชุมชนตลาดเก่า ชุมชนธนวิถี ชุมชน PCC จังหวัดยะลา

8. ผู้วิจัยติดตาม ควบคุม กำกับการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา ไปใช้ในชุมชนเขตเมือง จังหวัดยะลา และเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ปฏิบัติงาน และศึกษาปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

9. วิเคราะห์และประเมินผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์การประเมินผลรูปแบบ โดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา นำมาแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 สถานการณ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา วิเคราะห์ผลพบปัญหา 4 ประเด็น ดังนี้คือ

ประเด็นที่ 1 พยาบาลขาดทักษะในการประเมินผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า การประเมินผู้สูงอายุระยะท้ายยังไม่เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน ทำให้บุคลากรไม่สามารถคาดเดาความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้ ไม่มีแนวทางและเครื่องมือในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวที่ผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว มีการพัฒนาศักยภาพให้กับทีมสหวิชาชีพ โดยการจัดทำแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุระยะท้ายที่บ้านสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อเพิ่มทักษะและการดูแล มีระบบการบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วนในแฟ้มประจำครอบครัวมีระบบกาประสานงานเรื่องของข้อมูลของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยผ่านศูนย์การดูแลต่อเนื่อง

ประเด็นที่ 2 ผู้สูงอายุระยะท้ายเข้าถึงการทำ Advance care plan การสื่อสารเรื่องการวาง

แผนการดูแลรักษาล่วงหน้า การสื่อสารเรื่องนี้กับสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องยาก เมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ความคิดเห็นไม่ตรงกันของสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล เป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งของการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า และเมื่อยังไม่สามารถตกลงเกี่ยวกับแนวทางดูแลระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว จึงยังไม่มีข้อสรุปในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า หรือยังไม่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจนทำให้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิตจะทำให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลรักษา และอาจส่งผลให้เกิดการตัดสินใจในการรักษา หรือเกิดการยื้อชีวิตที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ

ประเด็นที่ 3 แนวทางปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบยังไม่ครอบคลุม การเกิดและการตายของชาวบ้านไทยพุทธ ยึดตามความเชื่อและพิธีกรรม สำหรับศาสนาคริสต์ เชื่อว่าการตายอย่างสงบเป็นการปฏิบัติตัวเพื่อมุ่งสู่พระเจ้า เนื่องจากมนุษย์ทุกคนถูกสร้างให้มีความเหมือนกับพระเจ้าและก่อนตายได้ชำระบาปที่กระทำมาในอดีต ส่วนศาสนาอิสลาม การตายอย่างสงบ เป็นผลจากการปฏิบัติตามความเชื่อและธรรมนูญวิถีของศาสนาเป็นการตายที่อยู่ภายในอ้อมกอดของพระอัลลอฮ์
ประเด็นที่ 4 กระบวนการช่วยเหลือผู้สูงอายุระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้อายุอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีการควบคุมมาตรฐานการปฏิบัติงานของอสม.ในความรับผิดชอบ รวมถึงอสม. มีจิตอาสา จิตสาธารณะชอบช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังสิ่งตอบแทนสมัครใจและเสียสละเข้ามาช่วยเหลือการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการเข้ามาทำงานด้วยความเต็มใจ จึงส่งผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. แต่อย่างไรก็ตามอาจต้องมีการส่งเสริมองค์ความรู้ให้กับ อสม.เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2 : การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา ผู้วิจัยศึกษาการพัฒนารูปแบบจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำผลการวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ของขั้นตอนที่ 1 มาใช้พัฒนารูปแบบดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 ประชุมปรึกษาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและทีมผู้บริหาร โดยนำข้อมูลจากการทบทวนสถานการณ์ มาประชุมร่วมกัน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา โดยผู้เข้าร่วมการประชุมคือ ผู้บริหารของโรงพยาบาลยะลา ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว แพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุ แพทย์และประคับประคอง

ขั้นที่ 2 ประชุมระดมสมองกับผู้ปฏิบัติประกอบด้วยยะลา พยาบาลผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เขตเขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา และกลุ่มที่ 4 อาสาสมัครที่ดูแลในพื้นที่เขตเขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา พยาบาลเฉพาะทางดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทีมวิจัยและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และ หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อระดมสมองร่วมกัน ในการนำผลการทบทวนสถานการณ์ มาวิเคราะห์สถานการณ์ในรูปแบบของ Driver Diagram และทบทวนตามความเหมาะสมในบริบทของโรงพยาบาลยะลา ซึ่งประเด็นที่ได้จากการประชุม สรุปได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ภาพที่ต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา คือ เป็นรูปแบบที่ชัดเจน และเป็นการดูแลอย่างเป็นระบบตั้งแต่การ แนวทางการตรวจคัดกรองตามการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือของผู้สูงอายุ Palliative Performance Scale การวางแผนชีวิตล่วงหน้า (Advance Care Planning) การจัดการ

อาการรบกวนในระยะท้ายของผู้สูงอายุ การและดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามหลักศาสนา (พุทธ , อิสลาม และคริสต์)

ประเด็นที่ 2 กิจกรรมหรือบริการที่คาดหวังจะให้เกิดขึ้น คือ 1) นโยบายการการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม ที่ชัดเจน โดยเกิดจากการระดมสมองของทุกฝ่าย เพื่อปรับรูปแบบการดูแล มีการประชุมย่อยเพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล พร้อมทั้งมีแบบประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจน เพื่อประเมินว่าผู้ปฏิบัติได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ และแบบฟอร์มในการประเมินที่ชัดเจน 2) มีรูปแบบประเมินการเฝ้าการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือของผู้สูงอายุ Palliative Performance Scale ให้เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งระบบ ตั้งแต่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยสามัญ จนจำหน่ายสู่ชุมชน

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา ภายหลังจากการวิเคราะห์สถานการณ์ และการระดมสมองในการจัดทำรูปแบบ ดังนี้

2.1 เชิญประชุมเพื่อวางแผนแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยให้พยาบาลประคับประคองร่วมกับพยาบาลชุมชนมีส่วนในการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาลเป็นผู้ควบคุมกำกับด้านคุณภาพ โดยจัดทำ1) แนวทางการตรวจคัดกรองผู้ป่วย Palliative Performance Scale (PPS) ในการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือของผู้สูงอายุ 2) การวางแผนชีวิตล่วงหน้า (Advance Care Planning) 3) การจัดการอาการรบกวนในระยะท้ายของผู้สูงอายุ 4) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักศาสนา (พุทธ ,อิสลาม และคริสต์)

2.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดำเนินการสังเคราะห์แล้ว ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงเนื้อหา และผ่านการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในคลินิก โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาเพื่อประเมินความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยหัวข้อการถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) ความเป็นไปได้ (Feasibility) และความคุ้มทุน (Cost – benefit ratio) เริ่มดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2567

2.3 การสื่อสารเป็นนโยบายการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา ลงสู่ผู้ปฏิบัติ ดังนี้

2.3.1 การจัดอบรมโครงการฟื้นฟูทักษะการดูแลผู้สูงอายุระยะท้าย โดยการจัดอบรมการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 2 รุ่น ๆ ละ 1 วัน ให้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน อาสาสมัครที่ดูแลในพื้นที่เขตเขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 40 คน มีความรู้ผ่านเกณฑ์ 81% และบุคลากรทางการพยาบาล จำนวน 50 คน รวม 100 คน พยาบาลมีความรู้ผ่านเกณฑ์ 80%

2.3.2 ผู้วิจัยชี้แจงนโยบายการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา ไปใช้ในชุมชนตลาดเก่า ชุมชนธนวิถี ชุมชน PCC จังหวัดยะลา พยาบาลผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เขตเขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา

2.4 การทดลองนำแนวปฏิบัติการพยาบาลแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา และผู้วิจัยติดตาม ควบคุม กำกับหน้างานเพื่อศึกษาปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ปฏิบัติงาน วิเคราะห์ผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

2.5 ทำความเข้าใจการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา ในเรื่องปรับการใช้ถ้อยคำของศาสนาอิสลาม เป็นถ้อยคำที่ถูกต้องตรงกันและเข้าใจได้ง่ายตามหลักศาสนา

2.6 การประเมินการนำรูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลนำไปใช้ พบว่าทั้งทีมพยาบาลและ ทีมสหวิชาชีพ รับรู้ถึงประโยชน์ที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานคือ ทำให้มีการทำงานเป็นทีม มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เกิดการประสานงานที่ดีขึ้น การดูแลผู้ป่วยเป็นมาตรฐานและรูปแบบเดียวกัน รวมทั้งมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นขั้นตอนอย่างมีระบบมากขึ้น ส่งผลถึงการพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน ทีมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการมีความพึงพอใจ

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา

จากการพัฒนา ทำให้ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลาที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลยะลา และมีการนำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงใน ชุมชนตลาดเก่า ชุมชนธนวิถี ชุมชน PCC จังหวัดยะลา พยาบาลผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เขตเขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา ตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยระยะท้าย จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.6 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 46.6 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 86.6 จบประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 สถานภาพคู่ ร้อยละ 53.3 ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย(PPS) ระดับ 30 คะแนน ร้อยละ 50 ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 83.3 ผู้สูงอายุระยะท้ายมีโรคประจำตัวร่วม 1 โรคขึ้นไป ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เก๊าท์ ไตวายเรื้อรัง กระดูกสันหลังเสื่อม การวินิจฉัยโรคของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในระยะท้าย ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง 8 คน (ร้อยละ 40)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยระยะท้ายจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.3 อายุระหว่าง 40-67 ปี ร้อยละ 96.7 และมีผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ 1 คน ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุเป็นญาติทางสายโลหิต(พี่น้อง) ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 86.6 การศึกษาของผู้แลอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 ผู้ดูแลทั้งหมดเป็นผู้ดูแลหลัก ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุมา 1-8 ปี

พยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการจำนวน 20 คน พบว่าส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 100 อายุ 20-30 ปี ร้อยละ 46.7 สถานภาพโสด ร้อยละ 90 ศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 63.3 ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2 วัน ร้อยละ 36.7 ประสบการณ์การการทำงาน 10ปีขึ้นไป และดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจำนวน 4-5 คน/เดือน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 66.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.3 ประสบการณ์ทำงานเป็น อสม. อยู่ในช่วง 10ปีขึ้นไป ร้อยละ 83.3 และดูแลผู้สูงอายุจำนวน 2 คน/เดือน

ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ

1.พยาบาลใช้แนวทางการการดูแลแบบประคับประคอง ในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยระยะท้าย (PPS) ในการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการไม่สุขสบาย ที่ได้รับการดูแล/การใช้ Syringe driver พร้อมทั้งลงบันทึกตามแบบฟอร์มในโปรแกรม HosXp ร้อยละ 91.68

2. ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้ร่วมวางแผนชีวิตล่วงหน้า (Advance Care Planning) ร้อยละ 50

3. ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักศาสนา (พุทธ ,อิสลาม และคริสต์) ร้อยละ 89.0

4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้แบบประเมินระดับความปวด ในการประเมินความปวดในผู้ป่วยระยะท้าย (PPS) ร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเกี่ยวกับสภาพปัญหาและสถานการณ์การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมืองจังหวัดยะลา วิเคราะห์ได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ทักษะของพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยระยะท้ายไม่เป็นไปทิศทางเดียวกัน ทำให้ไม่สามารถคาดเดาความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้ ไม่มีแนวทางและเครื่องมือในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวที่ผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว การพัฒนาครั้งนี้ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพให้กับทีมสหวิชาชีพ โดยการจัดทำแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุระยะท้ายที่บ้านสำหรับพยาบาล เพื่อเพิ่มทักษะการประเมิน/การดูแล/การใช้ Syringe driver ในการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการไม่สุขสบาย พร้อมทั้งมีระบบการบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วนในแฟ้มประจำครอบครัว/โปรแกรม HosXp เพื่อการประสานงาน/การส่งต่อเรื่องข้อมูลของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผ่านศูนย์การดูแลต่อเนื่องของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และมีระบบสนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์การแพทย์เพื่อนำไปใช้ที่บ้านเช่น ที่เตียงนอนที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น

ประเด็นที่ 2 ผู้สูงอายุระยะท้ายเข้าถึงการทำ Advance care plan พบปัญหาว่าสมาชิกในครอบครัวมักปฏิเสธหรือไม่ต้องการรับฟังเรื่องการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าเนื่องจากมีความเชื่อว่าเป็นลางไม่ดี[9] ทำให้ละเลยโอกาสในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและหาข้อสรุปร่วมกันในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าระหว่างเจ้าของชีวิตและครอบครัว จนในบางครอบครัวนำไปสู่ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม หรือประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย เมื่อเข้าสู่วาระท้ายของชีวิต ความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันของสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลจึงเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งของการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า และเมื่อยังไม่สามารถตกลงเกี่ยวกับแนวทางดูแลระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว จึงยังไม่มีข้อสรุปในการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า หรือยังไม่มีการทำหนังสือแสดงเจตนาซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจนทำให้ถึงวาระท้ายของชีวิตจะทำให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลรักษาและอาจส่งผลให้เกิดการตัดสินใจในการรักษา หรือเกิดการยื้อชีวิตที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ[10]

ประเด็นที่ 3 แนวทางปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบยังไม่ครอบคลุมบริบทพหุวัฒนธรรม การเกิดและการตายของชาวบ้านไทยพุทธ มีพิธีกรรมความเชื่อเกี่ยวกับการตายไว้ 3 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 คือ ช่วงใกล้เสียชีวิต ที่ญาติพี่น้องจะนำความเชื่อทางศาสนาที่ตนศรัทธา และความเชื่อที่เหนือธรรมชาติมายึดโยงสภาพจิตใจให้แก่ตนเองและเพื่อขอพรให้บุคคลที่เจ็บป่วยอาการดีขึ้น ช่วงที่ 2 คือช่วงทำศพ จะมีการดำเนินการเป็นขั้นตอนตามแต่ละศาสนา การดำเนินพิธีเต็มไปด้วยความเคร่งครัดและไว้อาลัยให้แก่ผู้ที่ล่วงลับไปแล้ว โดยการจัดพิธีกรรมเกิดขึ้นเพื่อปลอบประโลมญาติ คนสนิทถึงการจากไปของบุคคลดังกล่าว เป็นการไว้อาลัยต่อการสูญเสียและระลึกถึงคุณงามความดีตลอดจนเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงฐานะทางเศรษฐกิจ สถานะทางสังคมได้อีกด้วย กับการจัดพิธีศพ เช่นระยะเวลาของการจัดงาน จำนวนผู้เข้าร่วมงาน เป็นต้น และช่วงที่ 3 ช่วงหลังเผาศพหลังจากพิธีศพผ่านพ้นไป บางบ้านอาจจะมีการไว้ทุกข์ต่อ หากบางบ้านก็ได้มีความยืดหยุ่นปรับให้เข้ากับสังคมในปัจจุบันมากยิ่งขึ้น ไม่โศกเศร้าเป็นเวลานาน หรือแต่งกายไว้ทุกข์ มีเพียงการทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้แก่ผู้ที่ล่วงลับ สำหรับศาสนาคริสต์เชื่อว่าการตายอย่างสงบเป็นการปฏิบัติตัวเพื่อมุ่งสู่พระเจ้า เนื่องจากมนุษย์ทุกคนถูกสร้างให้มีความเหมือนกับพระเจ้า[11] และก่อนตายได้ชำระบาปที่กระทำมาในอดีต[12.] ส่วนศาสนาอิสลาม การตายอย่างสงบ เป็นผลจากการปฏิบัติตามความเชื่อและธรรมนูญวิถีของศาสนา เป็นการตายที่อยู่ภายในอ้อมกอดของพระอัลลอฮ์[13]

ประเด็นที่ 4 กระบวนการช่วยเหลือผู้สูงอายุระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้อายุอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีการควบคุมมาตรฐานการปฏิบัติงานของอสม.ในความรับผิดชอบ รวมถึงอสม. มีจิตอาสา จิตสาธารณะ ชอบช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังสิ่งตอบแทนสมัครใจและเสียสละเข้ามาช่วยเหลือการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการเข้ามาทำงานด้วยความเต็มใจ จึงส่งผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. สอดคล้องกับงานวิจัยของนาฏยา นุชนารถ และคณะที่พบว่า ความรู้เป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมสมรรถนะเนื่องจากการศึกษาเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเพิ่มพูนความรู้ซึ่งจะนำไปสู่สมรรถนะในการให้การบริการปัจจุบันได้มีการส่งเสริมความรู้ให้กับ อสม.ผ่านโครงการต่างๆ ทั้งในและนอกหน่วยงานที่เข้าไปมีส่วนในการส่งเสริม แต่อย่างไรก็ตามอาจต้องมีการวิเคราะห์ความต้องการองค์ความรู้ของ อสม.เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับงานวิจัยของณิชชารีย์[14] (2560) ที่พบว่า ปัจจัยทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ และมีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์และ การทบทวนวรรณกรรม สรุปเป็นแผนพัฒนา โดยการจัดทำเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในบริบทพหุวัฒนธรรม เขตชุมชนเมือง จังหวัดยะลา ได้ทั้งหมด 4 เรื่องย่อย คือ 1) แนวทางการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง 2) การให้บริการพยาบาลแบบประคับประคองตามการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือของผู้สูงอายุ Palliative Performance Scale (PPS) 3) การวางแผนชีวิตล่วงหน้า (Advance Care Planning) 4) การจัดการอาการรบกวนในระยะท้ายของผู้สูงอายุ 5) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักศาสนา (พุทธ ,อิสลาม และคริสต์)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรสนับสนุนให้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้าย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ไปดำเนินการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ติดตามประเมินผลและเก็บเป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และควรฝึกอบรมการสื่อสารเพื่อดูแลครอบครัวและญาติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต รวมทั้งการเสริมพลังให้กับพยาบาลเจ้าของพื้นที่ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านบริหารการพยาบาล เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ส่วนใหญ่มีอาการทุกข์ทรมานระดับมาก นำเสนอผลการศึกษาครั้งนี้ต่อผู้บริหาร มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน เพื่อขยายผลนำไปใช้กับชุมชนเขตอื่นๆ และกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษานี้ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายกรณีของโรคมะเร็งพร้อมทั้งพัฒนาองค์ความรู้ในบริบทของผู้ดูแลให้ชัดเจน จะทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2017). Handbook of palliative and end-of-life care (for medical personnel). Nonthaburi: Printed at the Veterans Affairs Organization. under royal patronage. (in Thai).

2. Palliative Care Network, Conservation Center, Department of Medicine. (2018). Assessment Manual Self-standard quality of palliative care for terminally ill patients. Khon Kaen: International Archives. (in Thai).

3. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, (2563) คู่มือการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) สำนักพิมพ์ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชินูปถัมภ์.

4. Kite, S. (2006). Palliative care for older people. Age Ageing, 35(5), 459-460.

5. O'Leary, N., & Tiernan, E. (2008). Survey of specialist palliative care services for noncancer patients in Ireland and perceived barriers. Palliative Medicine, 22(1), 77-83.

6. Walshe, C., Todd, C., Caress, A., & Chew-Graham, C. (2009). Patterns of access to communitpalliative care services: a literature review. Journal of Pain and Symptom Management, 37(5), 884-912.

7. Hanratty, B., Hibbert, D., Mair, F., May, C., Ward, C., Capewell, S., . . . Corcoran, G. (2002). Doctors'perceptions of palliative care for heart failure: focus group study. Bmj, 325(7364), 581-585.doi:10.1136/bmj.325.7364.581

8. เวชระเบียนโรงพยาบาลยะลา, 2567

9. Kunsongkeit W. (2011). Good death as perceived by the patients. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University; 19 Suppl 2:138-45. (in Thai)

10. Tipkanjanaraykha K, SaleekulS, Apisitwasana N, Thiammok M. (2017). Advanced care planning for peaceful death. JBCNM; 33(3):138-45. (in Thai)

11. มธุรส ศิริสถิตย์กุล. (2550). ความตายในคริสต์ศาสนา. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ชาติชาย มุกสง, ราตรี ปิ่นแก้ว, วรัญญา เพ็ชรคง, สมิทธ์ ถนอมศาสนะ, ประชาธิป กะทา, และคณะ (บรรณาธิการ), วัฒนธรรม ความตายและวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (หน้า 218-34). นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

12. ชุลีพรรณ ศรีสุนทร. (2548). ความตายตามความเชื่อของคริสตชน. ใน เมตตานนโทภิกขุ (บรรณาธิการ),ธรรมะ 4 ศาสนา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (หน้า 191-200). กรุงเทพมหานคร: ที.เอ็น.พี. พริ้นติ้ง.

13. ดำรง แวอาลี. (2547). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส. พริ้นติ้งเฮาส์

14. ยูซุฟ นิมะ, และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2551). การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม (พิมพ์ครั้งที่ 2). สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (สวรส. ภาคใต้): มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

15. ณิชชารีย์ พิริยจรัสชัย (2017). ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาใน ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

Development of a pharmaceutical care model for patients with type 2 diabetes mellitus through community participation in Mueang District, Lopburi Province.

(Received: March 29,2026 ; Revised: March 30,2026 ; Accepted: March 31,2026)

ธงชัย ทองบู่[1] เขมวิทย์ วงษ์เจริญสุข[1] กิตติยา วิเวก[1]
Thongchai Thongbu[1] Khemwit Wongcharoensuk[1] Kittiya Wiwek[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ร่วมกับการวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) พัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในอำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา โดยการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 42 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล และระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 60 คน และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 42 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามการมีส่วนร่วม แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา ผลตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT-QoL) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า บริบทของพื้นที่ศึกษามีศักยภาพด้านเครือข่ายสุขภาพและทุนทางสังคมของชุมชนแต่ยังพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านความรู้และพฤติกรรมการใช้ยา การติดตามดูแลในครอบครัวและชุมชนยังไม่ต่อเนื่อง และการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายยังขาดการบูรณาการอย่างเป็นระบบ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การให้ความรู้และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านยา 2) ระบบการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง 3) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และ 4) การติดตามเชิงรุกในชุมชน ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ลดลงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา PROMPT-QoL เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: การบริบาลทางเภสัชกรรม, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การมีส่วนร่วมของชุมชน, วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา

Abstract

This study employed Participatory Action Research (PAR) integrated with a mixed-methods approach. The objectives were to: 1) examine the context and existing problems of pharmaceutical care for patients with type 2 diabetes mellitus; 2) develop a community-participatory pharmaceutical care model; and 3) evaluate the effectiveness of the developed model in Mueang District, Lopburi Province. The study was conducted in three phases. Phase 1 explored the context and existing problems through focus group discussions with 42 stakeholders. Phase 2 involved the development of the model based on the Kemmis and McTaggart framework, which comprises four stages: planning, action, observation, and reflection. Phase

[1] โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช (งานเภสัชกรรมปฐมภูมิและคุ้มครองผู้บริโภค)

3 evaluated the model among 60 patients with poorly controlled type 2 diabetes mellitus and 42 health network members and related stakeholders. Research instruments included a focus group discussion guide, a participation questionnaire, a medication knowledge questionnaire, a medication practice questionnaire, glycated hemoglobin (HbA1c) results, and the Patient-Reported Outcome Measure of Pharmaceutical Therapy for Quality of Life (PROMPT-QoL). Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings indicated that the study area had strong potential in terms of health network capacity and community social capital. However, several key problems were identified, including patients' limited medication knowledge and inappropriate medication-use behaviors, insufficient continuity of follow-up care within families and communities, and a lack of systematic integration among network partners. The developed model consisted of four major components: 1) medication education and pharmaceutical literacy enhancement; 2) a continuous medication follow-up system; 3) family and community participation; and 4) proactive community-based follow-up. Following implementation of the model, statistically significant improvements were observed. Health network members and related stakeholders demonstrated significantly higher levels of participation ($p < .05$). Patients also showed significant improvements in medication knowledge ($p < .05$) and medication-use practices ($p < .05$), while HbA1c levels were significantly reduced ($p < .05$). In addition, PROMPT-QoL scores significantly improved after implementation of the model ($p < .05$).

Keywords: pharmaceutical care, type 2 diabetes mellitus, community participation, participatory action research, pharmaceutical therapy-related quality of life

บทนำ

การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ จากการให้บริการเชิงรับในสถานพยาบาล ไปสู่การให้บริการเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ ครอบครัว และชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล เพิ่มการเข้าถึงบริการ และเสริมสร้างศักยภาพการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน[1,2] การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัยในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน[3]

การบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีที่สุดจากการใช้ยา โดยเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการประเมิน ป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug-related problems)[4] ซึ่งในบริบทของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และยุทธศาสตร์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่[5] อย่างไรก็ตาม จากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าหลายพื้นที่ยังขาดแคลนเภสัชกรในระดับปฐมภูมิ ส่งผลให้การดำเนินงานด้านเภสัชกรรมยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และอาจกระทบต่อความปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชนรวมไปถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสามารถดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน[5]

องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases: NCDs) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชาชนทั่วโลกจำนวน 41 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยในจำนวนนี้มี

ผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ 30–69 ปี) ถึง 15 ล้านคน และกว่าร้อยละ 77 เกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง [6] สำหรับสาเหตุการเสียชีวิตหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด 17.9 ล้านคน โรคมะเร็ง 9.3 ล้านคน โรคระบบทางเดินหายใจ 4.1 ล้านคน และโรคเบาหวาน 1.5 ล้านคนต่อปี[6] สำหรับประเทศไทย พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ซึ่งมีผู้ป่วยในระบบทะเบียนมากกว่า 3.3 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 16,388 คน คิดเป็นอัตราการตาย 25.1 ต่อแสนประชากร [7] นอกจากนี้ ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากโรคเบาหวานยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 3,128 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งสะท้อนถึงภาระทางเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศ[7] ในระดับพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 13,725 คน โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามต่อเนื่องเพียง 6,266 คน (ร้อยละ 45.65) และในกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 33.75 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ขณะที่ร้อยละ 66.25 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาด้านประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (Polypharmacy) การลืมรับประทานยา และการใช้ยาไม่ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ โดยมีรายงานพบผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมจำนวน 38 ราย และมีการใช้ยาเหลือจำนวน 57 รายในพื้นที่ศึกษา ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง[8,9] แนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว คือการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[10] โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนจะช่วยเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาและการดูแลตนเองได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่พัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทของประเทศไทยยังมีจำกัด โดยเฉพาะในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในอำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถนำไปใช้ได้จริง และเกิดความยั่งยืนในระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการบริบาลทางเภสัชกรรม สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยใช้รูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research)ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[11] ร่วมกับแนวคิดการบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวแต่เกี่ยวข้องกับความรู้และพฤติกรรมการใช้ยา การสนับสนุนจากครอบครัว ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาและการดูแลตนเอง การติดตามการใช้ยาและการดูแลต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. และชุมชน รวมถึงการเยี่ยมบ้านตามบริบทของพื้นที่ โดยประเมินผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วย ทั้งนี้คาดว่าหลังการนำรูปแบบไปใช้ จะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องมากขึ้นและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น กระบวนการศึกษาวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 บริบทและสภาพปัญหา (Context)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ จำนวน 60 คน ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ทั้ง 7 แห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ (1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (2) เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด (3) ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช (4) มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในอำเภอเมืองลพบุรี (5) สามารถอ่านออก เขียนได้ และสื่อสารภาษาไทยได้ (6) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ จำนวน 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินรูปแบบ แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด บทบาทในเครือข่ายสุขภาพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานหรือมีบทบาทด้านสุขภาพ และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริบาลทางเภสัชกรรมเป็นแบบสอบถามชนิดมาตรประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert Scale) [12] จำนวน 15 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best [13] แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด อาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน เป็นแบบทดสอบความรู้ จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–10 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยรวมใช้วิธีอิงเกณฑ์ (Criterion-referenced) ตามแนวคิดของ Bloom[14] แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60.00–79.99 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–15 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยรวมใช้วิธีอิงเกณฑ์ (Criterion-referenced) ตามแนวคิดของ Bloom[14] แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้อง

คะแนนร้อยละ 60.00–79.99 หมายถึง ปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ชุดที่ 4 เครื่องมือตรวจวัดตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarkers) ได้แก่ ผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หรือ HbA1c ซึ่งใช้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ชุดที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT-QoL)[15] เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT-QoL) จำนวน 43 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือมีความเหมาะสม ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา มีความชัดเจนในการสื่อความหมาย และสามารถวัดตัวแปรได้อย่างถูกต้องและเชื่อถือได้ โดยตรวจสอบทั้ง ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ในขั้นตอนการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินรูปแบบ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT-QoL) เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัย การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการใช้ยา ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถามในด้านความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของถ้อยคำ และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้วิธีการหาค่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผลการประเมินพบว่า ข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดีมาก ผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะจาก

ผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงถ้อยคำและรูปแบบการเรียงลำดับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้จริง

หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน ในพื้นที่ อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี เพื่อประเมินความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยเลือกใช้สถิติให้เหมาะสมกับลักษณะของข้อคำถามแต่ละประเภท กล่าวคือ เครื่องมือที่เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) ใช้วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนเครื่องมือที่เป็นข้อคำถามแบบให้คะแนน 0–1 ใช้วิเคราะห์ด้วย ค่าสัมประสิทธิ์คูเดอร์–ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ซึ่งเหมาะสมกับแบบวัดชนิดสองค่าผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น พบว่า แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินรูปแบบ มีค่า Cronbach's alpha = 0.80 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน มีค่า KR-20 = 0.84 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน มีค่า KR-20 = 0.82 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT-QoL) มีค่า Cronbach's alpha = 0.89 ค่าความเชื่อมั่นดังกล่าวสะท้อนว่าเครื่องมือทุกฉบับมีความสม่ำเสมอภายในอยู่ในระดับดีถึงดีมาก และสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยได้อย่างเหมาะสม สำหรับข้อมูลตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarkers) ได้แก่ ค่า HbA1c ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของสถานพยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูลมาตรฐานทางคลินิกที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถสะท้อนผลลัพธ์ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวิจัย จำนวน 5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินรูปแบบ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน เครื่องมือตรวจวัดตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT-QoL) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เภสัชกร เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมปฐมภูมิและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ทั้ง 7 แห่ง สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อสม. และผู้นำชุมชน ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การเข้าร่วมโดยสมัครใจ การถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และการเก็บข้อมูลเป็นความลับ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามเครื่องมือที่กำหนด และเก็บข้อมูลผลตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) จากเวชระเบียนหรือฐานข้อมูลบริการของหน่วยบริการตามช่วงเวลาที่กำหนดก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบ เมื่อเก็บข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร ระดับการมีส่วนร่วม ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวานและระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c และระดับคุณภาพชีวิตการใช้ยา PROMPT-QoL โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาโดยใช้สถิติ Paired t-test

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยใช้วิธีการจับประเด็น จัดกลุ่มข้อมูลหมวดหมู่ของข้อมูล วิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มข้อมูล และวิเคราะห์สรุปประเด็น (Thematically Analysis)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรีนี้ ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช รหัสโครงการวิจัย KNH63/2567 วันที่รับรอง 17 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 บริบทและสภาพปัญหา (Context)

ผลการศึกษาระยะที่ 1 จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 42 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.3 อายุ 41–50 ปี ร้อยละ 52.4 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 54.8 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52.4 เป็นบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 35.7 โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 6–10 ปี ร้อยละ 40.5 และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 50.0

ผลการวิเคราะห์บริบทพบว่า พื้นที่ศึกษามีลักษณะเป็นระบบบริการสุขภาพแบบเครือข่าย โดยมีโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเป็นหน่วยบริการแม่ข่าย เชื่อมโยงกับหน่วยบริการปฐมภูมิ 7 แห่ง และเครือข่ายหลายภาคส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งเภสัชกร เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมปฐมภูมิและคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ครอบครัว และผู้ป่วย สะท้อนถึงศักยภาพของระบบบริการและทุนทางสังคมของชุมชนในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็นสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1) ผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดด้านความรู้และพฤติกรรมการใช้ยา โดยพบว่าผู้ป่วยบางส่วนยังไม่เข้าใจวิธีใช้ยาอย่างถูกต้อง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

2) การติดตามดูแลในครอบครัวและชุมชนยังไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากครอบครัวและผู้ดูแลบางส่วนยังขาดบทบาทในการกำกับดูแลการใช้ยาและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

3) การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายยังขาดการบูรณาการอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการประสานข้อมูล การติดตามร่วม และการเชื่อมโยงบทบาทระหว่างหน่วยบริการกับชุมชน

ในด้านข้อเสนอแนะ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเห็นสอดคล้องกันว่าควรพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมที่บูรณาการบทบาทของเครือข่ายสุขภาพและชุมชน โดยเน้นการเสริมสร้างความรู้เรื่องยา การติดตามการใช้ยาเชิงรุก และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้

ผลการศึกษาระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ดังนี้

ขั้นการวางแผน (Plan) ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายสุขภาพได้นำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาร่วมกันวิเคราะห์และออกแบบรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยกำหนดกิจกรรมสำคัญ 4 กิจกรรม ได้แก่ (1) การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาและการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (2) การติดตามการใช้ยาและการนัดหมายอย่างต่อเนื่อง (3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. และชุมชน และ (4) การเยี่ยมบ้านหรือการติดตามผู้ป่วยในชุมชนตามบริบทของพื้นที่ จากนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้รับการประเมินความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และได้รับการปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นการปฏิบัติ (Action) ได้มีการนำรูปแบบไปทดลองใช้ในพื้นที่ศึกษา โดยดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนดร่วมกับเครือข่ายสุขภาพและชุมชน พบว่า การดำเนินกิจกรรมสามารถบูรณาการบทบาทของภาคีเครือข่ายได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะบทบาทของเภสัชกรในการให้คำแนะนำเรื่องยา และบทบาทของครอบครัวและ อสม. ในการติดตามพฤติกรรมการใช้ยาในชีวิตประจำวัน

ขั้นการสังเกต (Observing) พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้น การติดตามดูแลมีความต่อเนื่องมากขึ้น และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีความชัดเจนมากขึ้น ขณะเดียวกันยังพบประเด็นปัญหาและอุปสรรคบางประการ เช่น ความไม่ต่อเนื่องในการติดตามผู้ป่วยบางราย และข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงานของบุคลากร

ขั้นการสะท้อนผล (Reflecting) ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันทบทวนผลการดำเนินงานผ่านการประชุมและการสนทนากลุ่ม พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นในด้านการบูรณาการการทำงานของเครือข่ายสุขภาพและชุมชน การเพิ่มบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งได้มีการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่มากยิ่งขึ้น

ผลจากกระบวนการดังกล่าวนำไปสู่การสังเคราะห์เป็นรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) การให้ความรู้และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านยา (2) ระบบการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (3) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และ (4) การติดตามเชิงรุกในชุมชน โดยมีเครื่องมือสนับสนุน ได้แก่ คู่มือการดำเนินงาน แผนกิจกรรม เอกสารให้ความรู้ แบบบันทึกการติดตามการใช้ยา และแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของพื้นที่ศึกษา

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินรูปแบบ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินรูปแบบมีระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวานสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับการ

ปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวานได้ถูกต้องกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.4 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ลดลงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.5 คุณภาพชีวิตการใช้ยา PROMPT-QoL ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับคุณภาพชีวิตการใช้ยา PROMPT-QoL สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี และประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้น ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาดีขึ้น ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง และคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT-QoL) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมที่ออกแบบให้เชื่อมโยงการดูแลในคลินิกกับการติดตามต่อเนื่องในครอบครัวและชุมชน สามารถส่งผลลัพธ์ได้ทั้งในมิติพฤติกรรม ผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. บริบทและสภาพปัญหา (Context) พบว่าปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ไม่ได้เกิดจากการเข้าถึงยาเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากข้อจำกัดด้านความรู้เรื่องยา การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ การติดตามต่อเนื่องที่ยังไม่เข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่ยังไม่เป็นระบบ ผลดังกล่าวสะท้อนการบริบาลทางเภสัชกรรมที่มุ่งจัดการ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug-related problems) อย่างครอบคลุม ไม่ใช่เพียงการจ่ายยาและให้คำแนะนำเฉพาะหน้าเท่านั้น แต่รวมถึงการประเมินความเสี่ยงด้านการใช้ยา การสนับสนุนการใช้ยาอย่างถูกต้อง และการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในชีวิตจริงของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ[16] ที่พบว่า Pharmacist interventions ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถปรับปรุงการควบคุม HbA1c การยึดมั่นการใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ๆ ได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อการแทรกแซงของเภสัชกรครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การติดตามและการแก้ไขปัญหาการใช้ยาอย่างเป็นระบบ

2. การพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ทำให้รูปแบบที่ได้มีความสอดคล้องกับบริบทจริงของพื้นที่ และเกิดการบูรณาการบทบาทของเภสัชกร บุคลากรปฐมภูมิ ครอบครัว อสม. และชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม จุดแข็งของรูปแบบนี้อยู่ที่การเปลี่ยนบทบาทของเภสัชกรจากผู้ให้คำแนะนำในหน่วยบริการ ไปสู่ ผู้ประสานการดูแลและติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pharmaceutical care ในระดับปฐมภูมิและชุมชน โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการติดตามระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Xiao และคณะ[17] ที่พบว่าคลินิกดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบ Physician–pharmacist collaborative clinics ในระบบปฐมภูมิ ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิตและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างชัดเจน

3. รูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วน

ร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 หลังการใช้รูปแบบ กลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถทำให้ Pharmaceutical care กลายเป็น ระบบการดูแลร่วม (Shared care) มากกว่าการดูแลโดยบุคลากรวิชาชีพเพียงฝ่ายเดียว การที่ครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชนเข้ามามีบทบาทในการติดตามผู้ป่วยและสนับสนุนการใช้ยาในชีวิตประจำวัน ช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทจริงมากขึ้น ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรบุคลากร ทั้งนี้ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Lum และคณะ[18] ที่พบว่าการบูรณาการเภสัชกรชุมชนเข้ากับทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวานช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการดูแล ทั้งด้าน Glycemic control ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน

3.2 ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวานสูงขึ้นหลังการใช้รูปแบบ ซึ่งอธิบายได้ว่าการให้ความรู้เรื่องยาที่ออกแบบตามหลักการบริบาลทางเภสัชกรรม มีความจำเพาะต่อปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และไม่หยุดเพียงการสอนครั้งเดียว แต่มีการติดตาม ทบทวน และเชื่อมโยงกับการใช้ยาในชีวิตจริง ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจบทบาทของยา วิธีใช้ยาอย่างถูกต้อง และข้อควรระวังได้ดีขึ้น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Badi และคณะ[19] ซึ่งพบว่าการให้ความรู้โดย Clinical pharmacist ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถเพิ่ม Medication adherence และช่วยยกระดับความเข้าใจต่อการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อการให้ความรู้มีลักษณะต่อเนื่องและมีการติดตามผลหลังการให้คำปรึกษา

3.3 ผู้ป่วยมีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการใช้รูปแบบ ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ที่มีความสำคัญมากกว่าความรู้เพียงอย่างเดียว เนื่องจากในบริบทของโรคเบาหวาน การรู้วิธีใช้ยาไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้จริงเสมอไป การที่คะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นสะท้อนว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเปลี่ยน ความรู้ ไปสู่ พฤติกรรมการใช้ยา ได้จริง โดยอาศัยการติดตามอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนจากครอบครัวและ อสม. และการเยี่ยมบ้านตามบริบทพื้นที่ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Kelly และคณะ[20] ที่พบว่า Pharmacist counseling มีความสัมพันธ์กับการเพิ่ม Medication adherence และ Quality of life อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อการให้คำปรึกษามีความต่อเนื่อง มีโครงสร้างชัดเจน และเชื่อมโยงกับบริบทการดูแลจริงของผู้ป่วย

3.4 ผลการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการใช้รูปแบบ ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญและเป็นตัวสะท้อนประสิทธิผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมได้อย่างชัดเจน เนื่องจากแสดงให้เห็นว่า Intervention ที่พัฒนาขึ้นไม่ได้ส่งผลเฉพาะต่อความรู้หรือพฤติกรรม แต่สามารถนำไปสู่การควบคุมโรคได้จริงในระดับชีวภาพ การลดลงของ HbA1c ในการศึกษาครั้งนี้น่าจะเกิดจากหลายกลไกร่วมกัน ได้แก่ การประเมินและแก้ไขปัญหาการใช้ยา การให้คำแนะนำเฉพาะราย การติดตามต่อเนื่อง และการมีผู้สนับสนุนรอบตัวผู้ป่วย ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบหลักของ Pharmaceutical care ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Coutureau และคณะ[21] ที่พบว่า Pharmacist-led interventions ในระบบปฐมภูมิสามารถช่วยลดระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ[16] ที่ยืนยันผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกัน

3.5 ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT-QoL) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการใช้รูปแบบ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นไม่ได้ส่งผลเพียงต่อตัวเลขทางคลินิก แต่ยังส่งผลต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยยาด้วย ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบริบาลทางเภสัชกรรมสมัยใหม่ที่เน้น Patient-centered care การที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาดีขึ้นอาจสะท้อนถึงการลดภาระจากการใช้ยา ความเข้าใจต่อยาและโรคที่เพิ่มขึ้น ความมั่นใจในการใช้ยาและการรับรู้ว่าตนเองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิดจากทีมสุขภาพและชุมชน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Xiao และคณะ[17] และ Lum และคณะ[18] ที่พบว่ารูปแบบ Collaborative pharmaceutical care ช่วยเพิ่ม Quality of life ของผู้ป่วยเบาหวานได้จริง นอกจากนี้ยังสอดคล้องเชิงแนวคิดกับการศึกษาของ Sakthong และคณะ[22] ที่แสดงให้เห็นว่า PROMPT เป็นเครื่องมือที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงจาก Pharmacist-led pharmaceutical care และเหมาะสำหรับการประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยา และยังเชื่อมโยงกับงานของ AlOsaimi และคณะ[23] ที่สนับสนุนการใช้ PROMPT-QoL ในการสะท้อนประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาระยะยาว

เมื่อพิจารณาโดยรวมผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมที่มีประสิทธิผลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ควรถูกจำกัดอยู่เพียงการให้คำแนะนำเรื่องยาในคลินิก แต่ควรเป็นระบบการดูแลแบบต่อเนื่องที่ครอบคลุมการประเมินปัญหาการใช้ยา การให้ความรู้เฉพาะราย การติดตามเชิงรุก การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยครั้งนี้จึงถือเป็นตัวอย่างของการแปลงแนวคิด Pharmaceutical care ไปสู่การปฏิบัติจริงในระบบบริการสุขภาพชุมชนของไทยได้อย่างเป็นรูปธรรม และมีศักยภาพต่อการขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากและทรัพยากรบุคลากรจำกัด

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ระดับหน่วยบริการและการปฏิบัติงาน หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและโรงพยาบาลแม่ข่ายควรนำรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า รูปแบบดังกล่าวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้น ควบคู่กับการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาได้อย่างเป็นรูปธรรม

1.2 ระดับบทบาทของเภสัชกร ควรส่งเสริมบทบาทของเภสัชกรในระบบบริการปฐมภูมิให้มีลักษณะเชิงรุกมากขึ้น โดยขยายบทบาทจากการจ่ายยาและให้คำแนะนำเฉพาะหน้า ไปสู่การทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินปัญหาการใช้ยา ผู้ให้คำปรึกษาเฉพาะราย ผู้ติดตามความร่วมมือในการใช้ยา และผู้ประสานการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน

1.3 ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ควรส่งเสริมให้ครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชนมีบทบาทในการเป็นเครือข่ายสนับสนุนการใช้ยา ของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในด้านการช่วยกำกับการรับประทานยา การเตือนการนัดหมาย การติดตามปัญหาจากการใช้ยา และการสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน

1.4 ระดับนโยบายและการขยายผล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรีและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ควรพิจารณานำรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่อื่น โดยเฉพาะในบริบทที่มีผู้ป่วย

โรคเบาหวานจำนวนมาก และมีข้อจำกัดด้านบุคลากรวิชาชีพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การขยายตัวแปรและผลลัพธ์ที่ศึกษา ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของการบริบาลทางเภสัชกรรม เช่น ความรอบรู้ด้านยา (Medication literacy) ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) ความพึงพอใจต่อบริการ การเกิดปัญหาจากการใช้ยา (Drug-related problems) การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (polypharmacy) และอัตราการกลับมารับบริการซ้ำหรือการนอนโรงพยาบาล

2.2 การวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ควรมีการศึกษาต่อยอดในมิติด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เช่น การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness analysis) การวิเคราะห์ต้นทุน-ประโยชน์ (Cost-benefit analysis) หรือต้นทุนต่อการลด HbA1c หรือการเพิ่มคุณภาพชีวิต เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพ

2.3 การศึกษาความเหมาะสมในบริบทที่แตกต่าง ควรมีการศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบนี้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างจากพื้นที่ศึกษาเดิม เช่น พื้นที่ชนบท พื้นที่กึ่งเมือง พื้นที่ชายแดน หรือพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากร เพื่อทดสอบความเหมาะสม ความยืดหยุ่น และความสามารถในการขยายผลของรูปแบบในบริบทที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ.(2550). แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
2. กองบริหารการสาธารณสุข.(2566). แนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. คณะทำงานพัฒนาระบบเภสัชกรรมปฐมภูมิ.(2553). คู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
4. Hepler CD, Strand LM.(1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990;47(3):533–43.
5. กองบริหารการสาธารณสุข.(2566). แนวทางการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
6. World Health Organization.(2021). Noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2021.
7. กรมควบคุมโรค.(2565). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
8. Health Systems Research Institute.(2017). Rational drug use in chronic diseases. Bangkok: HSRI; 2017.
9. ธนพงศ์ ภูผาลี และคณะ.(2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารวิจัยสุขภาพ. 2561.
10. อุ่นใจ แซ่เจีย.(2563). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสาธารณสุข. 2563.
11. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. (2014). The action research planner: Doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014.
12. Likert R.(1932). A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;140:1-55.
13. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
14. Bloom BS.(1971). Mastery learning. In: Block JH, editor. Mastery learning: theory and practice. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1971. p. 47-63.
15. Phantipa Sakthong, Investigator. (2558) Development of the patient-reported outcome measure of pharmaceutical therapy: quality of life (PROMPT-QoL). [ม.ป.ท.]: Thailand Science Research and Innovation; 2558.

16. Zhang LR, Lin H, Wu W, Zhuang J, Huang L, Wang Y, et al.(2024). A meta-analysis of the impact of pharmacist interventions on clinical outcomes in patients with type-2 diabetes. Patient Educ Couns. 2024;120:108091.
17. Xiao J, Wu Y, Xu T, Zhu Y, Zhou Y, Li Y, et al.(2023), Analysis of patient medication compliance and quality of life of physician-pharmacist collaborative clinics for T2DM management in primary healthcare in China: a mixed-methods study. Front Pharmacol. 2023;14:1098207.
18. Lum ZK, Lee SWH, Lee JY, Koh YLE, Lim PS, Tan NC.(2022). Enhancing diabetes care with community pharmacist collaborative care: impact on glycaemic control, self-care and quality of life. Diabetes Res Clin Pract. 2022;184:109176.
19. Badi S, Suliman SZ, Almahdi R, Aldomah MA, Marzouq ME, Ibrahim EEM, et al.(2024). The impact of clinical pharmacist diabetes education on medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus: an interventional study from Khartoum, Sudan. J Pers Med. 2024;14(1):74.
20. Kelly WN, Ho M, Frech-Tamas F, Hines LE.(2023). Association of pharmacist counseling with medication adherence and quality of life: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. J Am Pharm Assoc (2003). 2023;63(4):1023-1033.e3.
21. Coutureau C, Slimano F, Mongaret C, Kanagaratnam L, Villeminot S, Barthélémy C, et al.(2022). Impact of pharmacists-led interventions in primary care for adults with type 2 diabetes on HbA1c levels: a systematic review and meta-analysis. Prim Care Diabetes. 2022;16(3):356-365.
22. Sakthong P, Chansatitporn N, Saengcharoen W, Chariyalertsak S, Pongcharoensuk P.(2024). Impact of pharmacist-led pharmaceutical care on health-related and pharmaceutical therapy-related quality of life in patients with heart failure: a randomized controlled trial. Res Social Adm Pharm. 2024;20(11):1058-1063.
23. AlOsaimi HM, Saad R, Alalyani TG, Al-Majnooni SS, Alsubaie KS, Aljuwaiser AA, et al.(2025). Patient reported outcome measures of pharmaceutical therapy for quality of life (PROMPT-QOL) among Saudi population: a real-world observational study. Pharm Pract (Granada). 2025;23(2):[article number].

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดน่าน

Factors related to early electronic smoking stage among upper secondary student in Nan Province.

(Received: January 14,2026 ; Revised: January 17,2026 ; Accepted: March 31,2026)

ประดับ เพ็ชรจรูญ[1]
Pradub Petcharoon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาจังหวัดน่าน เลือกตัวอย่างตามสะดวก ได้จำนวน 506 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบสอบถามออนไลน์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ โดยใช้ Binary Logistic Regression กำหนดระดับนัยสำคัญที่ α .05

ผลการศึกษาพบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกร้อยละ 16.8 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรก ได้แก่ เพศ (OR = 0.43,95%CI: 0.27–0.68, p < .01) ระดับการศึกษา (OR = 1.75, 95%CI: 1.05 – 2.93, p < .05) ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (OR = 2.44,95%CI: 1.53-3.91, p < .01) ประวัติการสูบบุหรี่มวน (OR = 7.20, 95%CI: 3.87-13.41, p < .01) การสูบบุหรี่มวนของเพื่อน (OR = 4.63, 95%CI:2.86-7.50, p < .01) การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อน (OR = 5.56,95%CI:3.39-9.11, p < .01) การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว (OR = 1.89,95%CI: 1.18–3.03, p < .01) การถูกเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า (OR = 5.91, 95%CI: 3.62-9.64, p < .01) การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า (OR = 2.02,95%CI: 1.26-3.24, p <.01) ความสัมพันธ์กับโรงเรียน (OR = 1.62, 95%CI: 1.01–2.56) และการเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า (OR = 1.70, 95%CI: 1.06–2.73, p < .05)

คำสำคัญ: ปัจจัย, การสูบบุหรี่ไฟฟ้า, วัยรุ่น

Abstract

This survey research aimed to study the prevalence of early electronic cigarette smoking stage and to examine the factors related to early electronic cigarette smoking. The sample were 506 upper secondary school students (M.4-M.6) in Nan province. Data were collected with self-administered questionnaires including demographic data, smoking, attitude towards e-cigarette smoking, smoking law perception, school relationship and media accessibility. Frequency, percentage, mean, standard deviation and Binary logistic regression were used for data analysis.

The results of research demonstrated that the prevalence of early e-cigarette smoking stage among upper secondary school students was 16.8 %. The factors significantly associated with e-cigarette smoking stage were sex (OR= 0.43** 95%CI = 0.269 – 0.683) Education Level (OR = 1.75* 95%CI = 1.047 – 2.933) attitude towards e-cigarette smoking (OR = 2.44**, 95%CI = 1.5.26 – 3.908), cigarette smoking experience (OR = 7.20**, 95%CI = 3.868 – 13.470), peer cigarette smoking (OR = 4.63**, 95%CI = 2.861 – 7.501), peer e-cigarette smoking (OR=5.56, 95%CI= 3.390 – 9.113), smoking family member (OR = 1.89*, 95%CI = 1.177 – 3.026) peer-persuasion to e-cigarette smoking (OR = 5.91**, 95%CI = 3.619 – 9.637) e - cigarette accessibility (OR = 2.02**, 95%CI = 1.263 - 3.242) school belonging (OR = 1.62*, 95%CI = 1.010 – 2.597) and e-cigarette media accessibility (OR = 1.70*, 95%CI = 1.060 – 2.727) {*p<0.05 , **p<0.01}

Keywords: Factors, e-cigarette use, teenagers

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

บทนำ

บุหรี่ไฟฟ้า (e-cigarettes) ได้กลายเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ที่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน แม้จะมีการโฆษณาว่าปลอดภัยกว่าบุหรี่มวนและช่วยในการเลิกบุหรี่ได้ แต่บุหรี่ไฟฟ้าก็ยังคงมีสารนิโคตินและสารเคมีอันตรายอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างร้ายแรง ด้วยการตลาดที่ดึงดูดเยาวชนผ่านรสชาติที่หลากหลาย ดีไซน์ทันสมัย และการเข้าถึงง่ายผ่านช่องทางออนไลน์ ทำให้บุหรี่ไฟฟ้าแพร่ระบาดเข้าสู่สถานศึกษาและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของนักเรียนในวงกว้าง[1]

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 1 ปี 2564 พบประชากรไทยมีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 0.14 คิดเป็นจำนวน 78,742 คน ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยเป็นเยาวชนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า อายุ 15 – 24 ปี จำนวน 24,050 คน ในประเทศไทย สถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชนน่ากังวลเป็นอย่างยิ่ง โดยพบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา การแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นไทยมีหลายปัจจัย เช่น การชักชวนจากเพื่อน การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ได้ง่าย ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่อันตราย รวมถึงปัจจัยทางด้านจิตสังคมและทัศนคติส่วนบุคคล ซึ่งการเริ่มต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกนี้ ถือเป็นจุดสำคัญที่จะนำไปสู่การเสพติดและพัฒนาเป็นพฤติกรรมการสูบในระยะยาว[2]

สำหรับพื้นที่จังหวัดน่าน ซึ่งเป็นจังหวัดในภาคเหนือตอนบน มีการรณรงค์และดำเนินมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชน อย่างไรก็ตามยังคงขาดข้อมูลที่เจาะลึกเกี่ยวกับปัจจัยเฉพาะที่ส่งผลต่อการเริ่มต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่[3]

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกซึ่งเป็นการเริ่มต้นทดลองสูบและสูบตามโอกาส และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย[2] จังหวัดน่าน ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญในการเริ่มต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีนิเวศวิทยา (Ecological System Theory) (อ้างอิง) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เนื่องจากทฤษฎีเชื่อว่าบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่มีความเชื่อมโยงซับซ้อนกัน พฤติกรรมจึงเกิดจากพหุปัจจัยทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีหลายระดับทั้งที่อยู่ใกล้ซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลมากจนถึงระดับไกลตัวที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อบุคคล ได้แก่ ระดับจุลภาค (Microsystemic) ระบบกลาง (Mesosystemic) ระบบภายนอก (Exosystemic) ระบบมหภาคหรือระบบใหญ่ (Macrosystemic)[4]

การศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในระดับต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ผลการศึกษานี้จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า อันจะเป็นแนวทางและสามารถนำเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าตั้งแต่ในระยะแรก (Primary Prevention) ก่อนที่วัยรุ่นจะพัฒนาเข้าสู่การสูบบุหรี่ในระยะที่สูงขึ้นสำหรับวัยรุ่นไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดน่าน

2. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดน่าน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจหาความสัมพันธ์ (Correlation Research) ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2568

ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาจังหวัดน่าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6) สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาจังหวัดน่าน ในปีการศึกษา 2568 จำนวนทั้งหมด 30 โรงเรียน รวมทั้งสิ้น 8,179 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย(ม.4-ม.6) สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาจังหวัดน่าน ในปีการศึกษา 2568 จำนวน 506 คน สุ่มโรงเรียนอย่างไรและสุ่มเลือกตัวอย่างอย่างไร

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ นักเรียนที่ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เป็นข้อจำกัดในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) นักเรียนที่ขาดเรียนในวันเก็บข้อมูล และแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ การคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรที่ใช้ในการสำรวจเพื่อประมาณสัดส่วน[5] ดังนี้

$$n = \frac{N Z^2 \propto/2.(1-p)}{N d^2 + Z^2 \propto/2.(1-p)}$$

N = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

N = ขนาดของกลุ่มประชากรนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดน่าน ในปีการศึกษา 2568

Z = ค่าสถิติมาตรฐานใต้โค้งปกติที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ โดยกำหนดค่า α = .05 ดังนั้นที่ $\alpha/2$ มีค่า Z = 1.96

p = สัดส่วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 30.2 ดังนั้น p จึงมีค่าเท่ากับ 0.30

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดให้เท่ากับร้อยละ 5 กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้คือ 311 คน แต่เนื่องจากในการเก็บข้อมูล อาจมีการสูญหายหรือไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่าง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงเท่ากับ 506 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

2.1 การสูบบุหรี่มวนของเพื่อน

2.2 การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อน

2.3 การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว

2.4 การถูกเพื่อนชวนสูบบุหรี่ไฟฟ้า

2.5 การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า

2.6 ประวัติการสูบบุหรี่

2.7 การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรก วัดโดยประยุกต์จากข้อคำถามของพรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์[6]

2.8 ราคาบุหรี่ไฟฟ้า

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า วัดโดยแบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกิตติพงษ์ เรือนเพ็ชร และคณะ[7] มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.87 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Webber ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ (Dimension) ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) ความรู้สึก (Affective) และการปฏิบัติ (Behavioral) จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า วัดโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของกิตติพงษ์ เรือนเพ็ชร และคณะ[8] มีค่าความตรงตามเนื้อหา 0.80 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความสัมพันธ์กับโรงเรียน วัดโดยใช้แบบสอบถามของสายใจ จารุจิตรและคณะ[9] ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ

ได้แก่ ความใกล้ชิด การมีส่วนร่วม และการยอมรับนับถือ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเข้าถึงการโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า วัดโดยแบบสอบถามการเข้าถึงสื่อที่ดัดแปลงมาจากการศึกษาของรัตติยา ทอนพลกรัง และคณะ[10]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เนื่องจากแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ความสัมพันธ์กับโรงเรียน การเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการพัฒนาแล้ว จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) แบบสอบถามถูกนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่มีคุณสมบัติ และสภาพแวดล้อมคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามากที่สุด จำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความสัมพันธ์กับโรงเรียน การเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้ามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้แก่ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89, 0.85 และ 0.85 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายบุหรี่ไฟฟ้า ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 นำเสนอเค้าโครงร่างงานวิจัยและเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

1.2 เมื่อได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และส่ง Link ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และแบบสอบถามออนไลน์ (E-Questionnaire) ในรูปแบบของเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Google Form) ที่ไม่ระบุ E-mail ผ่าน Line Application ของกลุ่มตัวอย่างผ่านหัวหน้าห้อง และให้หัวหน้าห้องส่ง Link ต่อให้ใน Line กลุ่มห้องเรียน และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

จริยธรรมการวิจัย

1. ผู้วิจัยต้องได้รับยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง และผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำกว่า 18 ปี (ระบุในขั้นตอนเก็บข้อมูลออนไลน์ทำอย่างไร)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ การสูบบุหรี่ของผู้ปกครอง การสูบบุหรี่มวนของเพื่อน การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อน การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อน การสูบบุหรี่มวนของเพื่อน การถูกเพื่อนชวนสูบบุหรี่ไฟฟ้า ราคาบุหรี่ไฟฟ้า การเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า ความสัมพันธ์กับโรงเรียน การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าและการรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกด้วยสถิติ Binary Logistic Regression ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษา

ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16.8 มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรก โดยแบ่งเป็นร้อยละ 10.9 ทดลองสูบ และร้อยละ 5.9 สูบเป็นครั้งคราวตามโอกาส ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1 สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าพบว่า ในช่วง 30 วันที่

ผ่านมาส่วนใหญ่ร้อยละ 87.1 ไม่ได้สูบ รองลงมาร้อยละ 5.9 สูบ 1-2 วัน โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 61.2 เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่ช่วงอายุ 14-15 ปี อายุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่ำสุด คือ 14 ปี สูงสุด 18 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าเท่ากับ 14.5 ปี (S.D= 1.06) สาเหตุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าเกินครึ่งหนึ่งคืออยากรู้ อยากลองร้อยละ 72.9สถานที่ที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้าคือ บ้านและสถานบันเทิงคิดเป็นร้อยละ 51.8 และ 21.2 ตามลำดับ โดยแหล่งที่มาของบุหรี่ไฟฟ้าได้มาจากเพื่อนร้อยละ 48.2 รองลงมาสั่งซื้อทางอินเตอร์เน็ตร้อยละ 31.8 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่ง คือร้อยละ 61.2 มีความต้องการที่จะสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่อไป

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่ศึกษา

ปัจจัยภายในตัวบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 62.5 อยู่ระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 และมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 และ 6 คิดเป็นร้อยละ 36.2 และ 63.8 ตามลำดับ เคยมีประวัติการสูบบุหรี่มวนร้อยละ 9.7 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.1 มีทัศนคติเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเพื่อนสูบบุหรี่มวนร้อยละ 26.5 มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 33.2 มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 31.2 กลุ่มตัวอย่างเคยถูกเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 29.1 กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่าย คิดเป็นร้อยละ 31.0 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งคิดว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีราคาแพง คิดเป็นร้อยละ 65.8 มีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่การรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าน้อย คิดเป็นร้อยละ 59.9 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งมีความสัมพันธ์กับโรงเรียนน้อย คิดเป็นร้อยละ 52.8 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าได้ยาก คิดเป็นร้อยละ 68.0

เมื่อจัดกลุ่มพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าระยะแรกและกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ปัจจัยภายในบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 27.9 และ 10.1 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีสัดส่วนการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกมากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าเป็นสองเท่า คิดเป็นร้อยละ 20.7 และ 9.8 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประวัติการสูบบุหรี่มวนมีสัดส่วนการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีประวัติการสูบบุหรี่มวนประมาณ 6 เท่า คิดเป็นร้อยละ 69.4 และ 11.2 ตามลำดับ ในด้านทัศนคติพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีสัดส่วนการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกประมาณ 3 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า คิดเป็นร้อยละ 27.7 และ 8.9 ตามลำดับ

สำหรับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ถูกเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีสัดส่วนการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยถูกเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามากถึง 16 เท่า คิดเป็นร้อยละ 50.3 และ 3.1 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีสัดส่วนการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้าประมาณ 6 เท่า คิดเป็นร้อยละ 41.5 และ 6.7 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสูบบุหรี่มวนมีสัดส่วนการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่มวนประมาณ 4 เท่า คิดเป็นร้อยละ 38.5 และ 9.3 ตามลำดับ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายจะมีสัดส่วนการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ยากประมาณ 2 เท่า คิดเป็นร้อยละ 27.4 และ 12.0 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายมีสัดส่วนการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ในระยะแรกสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าได้ยากเพียงเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 18.5 และ 16.0 ตามลำดับ และพบว่ามีความแตกต่างกันไม่มากนักสำหรับสัดส่วน

การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าราคาบุหรี่ไฟฟ้ามีราคาถูกและแพง คิดเป็นร้อยละ 13.8 และ 18.4 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับโรงเรียนมากและน้อย คิดเป็นร้อยละ 15.1 และ 18.4 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามากและน้อย คิดเป็นร้อยละ 16.8 และ 16.7 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างที่มีการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวจะมีสัดส่วนการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวประมาณ 2 เท่า คิดเป็นร้อยละ 26.0 และ 12.6 ตามลำดับ

ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีทั้งปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ประวัติการสูบบุหรี่มวน การสูบบุหรี่มวนของเพื่อน การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อน การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว การถูกเพื่อนชวนสูบบุหรี่ไฟฟ้า การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า ความสัมพันธ์กับโรงเรียน และการเข้าถึงสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกน้อยกว่าเพศหญิง 0.43 เท่า (OR = 0.43, 95%CI: 0.27-0.68) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกเป็น 1.75 เท่า (OR = 1.75, 95%CI = 1.047 – 2.933) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำ กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกเป็น 2.44 เท่า (OR = 2.44, 95%CI = 1.526 – 3.908) ของกลุ่มที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประวัติสูบบุหรี่มวนมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกเป็น 7.20 เท่า (OR = 7.20, 95%CI = 3.868 – 13.470) ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีประวัติการสูบบุหรี่มวน กลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสูบบุหรี่มวนมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกเป็น 4.63 เท่า (OR = 4.63, 95%CI = 2.861 – 7.501) ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่มวน กลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกเป็น 5.56 เท่า (OR = 5.56, 95%CI = 3.390 – 9.113) ของกลุ่มที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า กลุ่มตัวอย่างที่มีการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกเป็น 1.89 เท่า (OR = 1.89, 95%CI = 1.177 – 3.026) ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่ถูกเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกเป็น 5.91 เท่า (OR = 5.91, 95%CI = 3.619 – 9.637) ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ถูกเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกเป็น 2.02 เท่า (OR = 2.02, 95%CI = 1.263 – 3.242) ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ยาก กลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับโรงเรียนน้อยมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกเป็น 1.62 เท่า(OR = 1.62,95%CI =1.010– 2.597)ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับโรงเรียนมากและกลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกเป็น 1.70 เท่า(OR = 1.70, 95%CI = 1.060 – 2.727) ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าได้ยาก ส่วนปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ราคาบุหรี่ไฟฟ้าและการรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Crude Odds Ratio ปัจจัยต่าง ๆ ต่อการสูบบุหรี่ในระยะแรก (n = 506)

ปัจจัยที่ศึกษา	OR (Crude)	95% CI
ปัจจัยภายในบุคคล		
เพศ		
หญิง (Ref)	1.00	-
ชาย	0.43**	0.269 – 0.683
ระดับการศึกษา		
ม.4 (®)	1.00	-
ม.5 และ ม.6	1.75*	1.047 – 2.933
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า		
ไม่เห็นด้วย (Ref)	1.00	-
เห็นด้วย	2.44**	1.526 – 3.908
ประวัติการสูบบุหรี่มวน		
ไม่เคย (Ref)	1.00	-
เคย	7.20**	3.868 – 13.470
ปัจจัยสิ่งแวดล้อม		
การสูบบุหรี่มวนของเพื่อน		
ไม่มี (Ref)	1.00	-
มี	4.63**	2.861 – 7.501
การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อน		
ไม่มี (Ref)	1.00	-
มี	5.56**	3.390 – 9.113
การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว		
ไม่มี (Ref)	1.00	-
มี	1.89**	1.177 – 3.026
การถูกเพื่อนชวนสูบบุหรี่ไฟฟ้า		
ไม่มี (Ref)	1.00	-
มี	5.91**	3.619 – 9.637
การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า		
เข้าถึงได้ยาก (®)	1.00	-
เข้าถึงได้ง่าย	2.02**	1.263 – 3.242
ราคาบุหรี่ไฟฟ้า		
แพง (®)	1.00	-
ถูก	1.58	0.944 – 2.649
การรับรู้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า		
มาก (®)	1.00	-
น้อย	1.54	0.971 – 2.446
ความสัมพันธ์กับโรงเรียน		
สัมพันธ์มาก (®)	1.00	-
สัมพันธ์น้อย	1.62*	1.010 – 2.597
การเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า		
เข้าถึงสื่อยาก (®)	1.00	-
เข้าถึงสื่อง่าย	1.70*	1.060 – 2.727

p < .05* ® กลุ่มอ้างอิง

สรุปผลและอภิปรายผล

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 506 คน ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นตอนกลางร้อยละ 69.0 และวัยรุ่นตอนปลายร้อยละ 31.0 โดยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มากที่สุด อีกทั้งผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งสะท้อนบริบททางสังคมของจังหวัดน่านที่เป็นพื้นที่กึ่งชนบท ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับฐานข้อมูลนักเรียนของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาน่าน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาน่าน, 2568) อย่างไรก็ตาม แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาสูง แต่ยังพบพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่ได้ขึ้นอยู่กับผลการเรียนเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย[11]

2. ในด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกร้อยละ 16.8 โดยส่วนใหญ่เริ่มสูบในช่วงอายุ 14–15 ปี และมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบ 14.5 ปี สาเหตุสำคัญของการเริ่มสูบคือความอยากรู้อยากลอง

และแหล่งที่มาของบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่มาจากเพื่อนและการสั่งซื้อผ่านอินเทอร์เน็ต ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ[12] ที่ระบุว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นภัยเงียบที่แพร่ระบาดในกลุ่มเยาวชนผ่านช่องทางออนไลน์และเครือข่ายเพื่อน รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ มณีกุล[13] ที่พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าในช่วงอายุใกล้เคียงกัน และมีแรงจูงใจหลักจากความอยากรู้อยากลองเช่นเดียวกัน

3. สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรก พบว่ามีทั้งปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้า และประวัติการสูบบุหรี่มวน ซึ่งโดยเฉพาะประวัติการสูบบุหรี่มวนมีความสัมพันธ์สูงที่สุด แสดงถึงแนวโน้มของการเปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมการสูบจากบุหรี่มวนไปสู่บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจริยา นิสังกาศ และนาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์[14] ที่พบว่าผู้ที่เคยสูบบุหรี่มีโอกาสใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น นอกจากนี้ ทัศนคติที่เห็นด้วยต่อบุหรี่ไฟฟ้ายังมีความสัมพันธ์กับการสูบ

ในส่วนของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าการถูกเพื่อนชวน การมีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้าและบุหรี่มวน การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า การเข้าถึงโฆษณา และความสัมพันธ์กับโรงเรียน มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอิทธิพลของเพื่อนซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของพรนภา หอมสินธุ์ และคณะ[15] ที่พบว่าเพื่อนมีบทบาทสำคัญในการชักนำให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น นอกจากนี้ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ยังเพิ่มโอกาสการสูบของวัยรุ่น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการเลียนแบบพฤติกรรมในครอบครัวขณะที่การเข้าถึงสื่อโฆษณาและผลิตภัณฑ์สะท้อนถึงบทบาทของสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรม โดยสอดคล้องกับ สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดน่าน[16] ที่ชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนจากสื่อและการตลาด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรก มีทั้งปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ประวัติการสูบบุหรี่ และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสูบบุหรี่มวนของเพื่อน การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อน การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวการถูกเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า ความสัมพันธ์กับโรงเรียน และการเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า ดังนั้นในการป้องกันมิให้วัยรุ่นสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรก ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง ได้แก่ ครู พยาบาล และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจึงควรให้ความสำคัญในการควบคุมปัจจัยดังกล่าว โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยผ่านกิจกรรมและสื่อรูปแบบต่าง ๆ ที่มีความสร้างสรรค์หลากหลาย

2. ส่งเสริมสมรรถภาพภายในของวัยรุ่นให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า หากถูกชักชวนหรือถูกกดดันให้สูบบุหรี่ทั้งทางตรง และทางอ้อม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงเกือบทั้งหมด การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยเชิงป้องกัน (Protective Factor) ที่สำคัญอื่น ๆ ร่วมด้วยเช่น ความสามารถในการปฏิเสธการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความฉลาดทางอารมณ์ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นกลุ่มอื่น ๆ เช่นในกลุ่มนักเรียนประถมศึกษา นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น วัยรุ่นเพศหญิง วัยรุ่นนอกระบบการศึกษา เป็นต้น ซึ่งอาจจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกัน

3. ควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อให้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเชิงเหตุผลได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากนายแพทย์ภุชงค์ ชื่นชม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน และนางนัฑวิภรณ์ จันต๊ะพรมมา ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาน่าน ที่กรุณาให้ความรู้คำปรึกษาแนะนำตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมศึกษา รองผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาน่าน ตลอดถึงคณะอาจารย์ที่ปรึกษาและคณะอาจารย์ผู้รับผิดชอบ ของกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนผู้วิจัยและส่งเสริมการศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้เรื่องบุหรี่ไฟฟ้า ตลอดทั้งให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลการวิจัย

ท้ายนี้ขอขอบพระคุณ คุณแม่ และคุณพ่อ ตลอดถึงเพื่อนร่วมงานกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่านทุกท่าน ที่ได้เป็นแรงบันดาลใจให้กับผู้วิจัย ทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. (2567, 15 พฤษภาคม). ข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2568 จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1589020240719032342.pdf
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564, 12 ตุลาคม). เผยผลสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 64 พบคนไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้าเกือบ 8 หมื่นคน. สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2568 จาก https://www.thaihealth.or.th/เผยผลสำรวจพฤติกรรมการส/
3. สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดน่าน. (2568, 30 พฤษภาคม). จังหวัดน่านลงนามบันทึกข้อตกลงการแก้ไขปัญหาบุหรี่ สุราและยาเสพติด ป้องกันนักสูบหน้าใหม่. กรมประชาสัมพันธ์. สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2568 จาก https://nan.prd.go.th/th/content/category/detail/id/9/iid/393746
4. จริยา นิสังกาศ, และ นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์. (2568). สถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขศึกษา, 48(3), 2-13.
5. Roscoe, T. (1975). Fundamentals research statistics for behavioral sciences. In Hill, R. (1998), What sample size is enough in internet survey research? Interpersonal Computing and Technology: An Electronic Journal for the 21st Century, 6(3-4).
6. พรนภา หอมสินธุ์, ยุวดี ลีลัคนาวีระ, และ กิตติพงษ์ เรือนเพ็ชร. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
7. กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร, สุภิศา ขำอเนก, ปิยะนุช บังเอิญ, ปัณณทัต บนขุนทด, ปุณยนุช สละชั่ว, เพชรตะวัน ธนะรุ่ง, และ สุวิมัล อรศรี. (2568). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 19(2), 438-448.
8. กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร, สุภิศา ขำอเนก, ปิยะนุช บังเอิญ, ปัณณทัต บนขุนทด, ปุณยนุช สละชั่ว, เพชรตะวัน ธนะรุ่ง, และ สุวิมัล อรศรี. (2568). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 19(2), 438-448.

9. รัตติยา ทอนพลกรัง, พรนภา หอมสินธุ์, และ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวของนักเรียนชายอาชีวศึกษาในจังหวัดสุรินทร์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 24(2), 95-107.
10. สายใจ จารุจิตร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และ พรนภา หอมสินธุ์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่เป็นประจำของนักเรียนชาย วิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดจันทบุรี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 8(1), 59-71.
11. สายใจ จารุจิตร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และ พรนภา หอมสินธุ์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่เป็นประจำของนักเรียนชาย วิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดจันทบุรี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 8(1), 59-71.
12. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2568). บุหรี่ไฟฟ้ามหันตภัยไม่เงียบล่าเยาวชน. สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2568 จาก https://www.trc.or.th/th
13. จุฑามาศ มณีกุล. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะแรกนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดฉะเชิงเทรา [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
14. จริยา นิสังกาศ, และ นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์. (2568). สถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขศึกษา, 48(3), 2-13.
15. พรนภา หอมสินธุ์, ยุวดี ลีลัคนาวีระ, และ กิตติพงษ์ เรือนเพ็ชร. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
16. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาน่าน. (2568). ข้อมูลนักเรียน. สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2568 จาก https://bigdata.spmnan.go.th/

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเจเนอเรทีฟเอไอต่อองค์ประกอบของร่างกายและพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรมหาวิทยาลัย

The Effectiveness of a Health Promotion Program Integrating Generative AI Technology on Body Composition and Health Behaviors among University Personnel.

(Received: January 13,2026 ; Revised: January 17,2026 ; Accepted: January 19,2026)

วิชุดา ศรีวงษ์กลาง[1] ศิรดา บุญสิทธิ์[1] ชวลิต โควีระวงศ์[2]
Wichuda Sriwongklang[1] Sirada Boonsit[1] Chaovalit Koweerawong[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเจเนอเรทีฟเอไอต่อองค์ประกอบของร่างกายและพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จำนวน 38 คน ที่คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพฯ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ3) มวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เจอเนอเรทีฟเอไอ พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a health promotion program integrating generative AI technology on body composition and health behaviors among university personnel. The samples consisted for 38 personnel of Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, selected by purposive sampling. The research instruments included a 1 2 - week health promotion program and questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics using a paired t-test.

The results showed that; 1) After the experiment, the average knowledge and health behaviors scores significantly increased compared to before the experiment, with statistical significance at the .001 level. 2) After the experiment, average weight, body mass index, and body fat percentage of personnel significantly decreased compared to before the experiment, with statistical significance at the .001 level. And 3) After the experiment, average muscle mass score significantly increased compared to before the experiment, with statistical significance at the .001 level.

Keywords: Health promotion program, Generative AI, Health behaviors

บทนำ

โรคอ้วนเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขระดับโลกของทุกกลุ่มวัย จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2022 นั้นมีผู้คนมากกว่า 1 พันล้านคนทั่วโลกกำลังได้รับผลกระทบจากโรคอ้วน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเมื่อ 35 ปีก่อนถึงสองเท่าในผู้ใหญ่

[1] อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
[2] อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
Corresponding Author: Wichuda Sriwongklang; E-mail: Wichuda.chan@vru.ac.th

และในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุ 5-19 ปี เพิ่มสูงขึ้นถึง 4 เท่า และประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก ร้อยละ 43 เป็นกลุ่มที่มีน้ำหนักเกินด้วย[1]

สถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทยที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใหญ่สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในการแก้ไขปัญหา[2] ภาวะโรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิด ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงมะเร็งบางชนิด และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้นประมาณ 2–3 เท่า[3]

บุคลากรในมหาวิทยาลัยต้องปฏิบัติงานภายใต้บทบาทและความรับผิดชอบที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นงานด้านการสอน การวิจัย การบริการวิชาการ การบริหารจัดการ รวมถึงกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจของมหาวิทยาลัย[4] บุคลากรกลุ่มนี้มักเผชิญกับปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการทำงานที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย (Sedentary Behavior) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ภาระงานที่มีความเครียดสูง และการพักผ่อนไม่เพียงพอ พฤติกรรมเหล่านี้ยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น ภาระงานและตารางการทำงานที่เร่งรีบมักทำให้เกิดการงดมื้ออาหาร การรับประทานอาหารว่างที่ให้พลังงานสูง และการพึ่งพาอาหารจากร้านสะดวกซื้อ ซึ่งนำไปสู่ความไม่สมดุลของพลังงานและการเพิ่มน้ำหนักตัว ลักษณะงานที่เน้นการนั่งเป็นเวลานาน เช่น การสอนและงานด้านการบริหาร ทำให้กิจกรรมทางกายลดลง ส่งผลให้การใช้พลังงานและมวลกล้ามเนื้อลดลง นอกจากนี้ ความเครียดและปัญหาทางอารมณ์ยังส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามอารมณ์มากยิ่งขึ้น ส่งผลให้การควบคุมน้ำหนักมีความยากลำบากมากขึ้น[5]

รูปแบบพฤติกรรมทำให้ขาดกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการรับประทานอาหารตามอารมณ์ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนและผลกระทบต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพควรมีความเหมาะสมกับบริบท ซึ่งครอบคลุมการให้ความรู้ด้านโภชนาการ การส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ กลยุทธ์ในการพัฒนาการควบคุมอารมณ์ เช่น การฝึกสติ (mindfulness) หรือเทคนิคการจัดการความเครียด และการสร้างแรงจูงใจที่ต่อเนื่อง ล้วนเป็นแนวทางที่ได้รับการยืนยันว่ามีประสิทธิผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว[6] ขณะเดียวกันเทคโนโลยีดิจิทัล โดยเฉพาะเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) และเจเนอเรทีฟเอไอ (Generative AI) กำลังเข้ามามีบทบาทสำคัญในหลายสาขา รวมถึงด้านสุขภาพและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ AI สามารถช่วยวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ให้คำแนะนำที่แม่นยำ ติดตามความก้าวหน้าของพฤติกรรม และสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ใช้แบบเฉพาะบุคคล[7] การนำเจเนอเรทีฟเอไอ (Generative AI) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพนับเป็นนวัตกรรมที่ทันสมัย ซึ่งช่วยลดช่องว่างและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง[8] เทคโนโลยีนี้ช่วยเพิ่มแรงจูงใจผ่านการโต้ตอบที่ชาญฉลาดและมีความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าสามารถสร้างความผูกพันได้ดีกว่าระบบอัตโนมัติแบบเดิม[9] นอกจากนี้เจเนอเรทีฟเอไอยังมีความสามารถในการประมวลผลข้อมูลเพื่อออกแบบโปรแกรมโภชนาการและการออกกำลังกายที่จำเพาะเจาะจง ช่วยให้บุคลากรสามารถรักษามวลกล้ามเนื้อควบคู่ไปกับการลดปริมาณไขมัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีศักยภาพในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในระยะยาว[10]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเจเนอเรทีฟเอไอต่อองค์ประกอบของร่างกายและพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรมหาวิทยาลัย สามารถเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรมหาวิทยาลัย ส่งเสริมความรู้และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุม

อารมณ์ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเจเนอเรทีฟเอไอในบุคลากรมหาวิทยาลัย

2. เพื่อเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และมวลกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเจเนอเรทีฟเอไอในบุคลากรมหาวิทยาลัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่มีอายุปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุไม่เกิน 65 ปี จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนด Means: Difference from constant (one sample case) และกำหนด Effect size เท่ากับ 0.50, err prop เท่ากับ 0.05, power เท่ากับ 0.80 คำนวณแล้วได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 38 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี ที่มีอายุปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไป 2) มีค่าดัชนีมวลกาย 18.5 - 29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 3) เพศชายและเพศหญิง อายุไม่เกิน 65 ปี 4) มีโทรศัพท์มือถือ Smartphone สามารถใช้งานได้ 5) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่มีปัญหาในเรื่องของการสื่อสาร สามารถอ่านออกเขียนได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ที่มีโรคประจำตัวบางประการ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหอบหืด ที่อาจไม่เหมาะกับการออกกำลังกาย 2) เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยไม่ครบทุกกิจกรรมและตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเจเนอเรทีฟเอไอในบุคลากรมหาวิทยาลัย มีระยะเวลาการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินองค์ประกอบของร่างกายด้วย Body Composition Analyzer ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมัน และมวลกล้ามเนื้อ โดยทำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ 3 อ. และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด มีการแนะนำคู่มือการใช้งานเจเนอเรทีฟเอไอ (Generative AI) “Happy Health Advisor” และเว็บไซต์

กิจกรรมที่ 1 ด้านสารสนเทศ (Information) ผู้เข้าร่วมเพิ่มเพื่อนใน LINE “Happy Health Advisor” ให้ความรู้ผ่านสื่อ PowerPoint อินโฟกราฟิก การบรรยาย และการอภิปราย ในประเด็นต่อไปนี้ หลักการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายสร้างสุขภาพ การควบคุมอารมณ์ในช่วงลดน้ำหนัก (การจัดการความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว และเทคนิคการผ่อนคลาย)

กิจกรรมที่ 2 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับผู้เข้าร่วมมีการแลกเปลี่ยนเหตุผลในการลดน้ำหนัก กำหนดเป้าหมายสุขภาพที่ชัดเจน และจัดทำแผนรายสัปดาห์ (ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการ

ควบคุมอารมณ์) แรงจูงใจทางสังคม แนะนำฟังก์ชันต่าง ๆ ของ “Happy Health Advisor” (เคล็ดลับ วิดีโอ และอินโฟกราฟิก) และการเข้าใช้ข้อมูลในเว็บไซต์ https://medium.com/happy-health-happy-heart และมีการประกาศกิจกรรม “การแข่งขันลดน้ำหนัก” ในสัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12

กิจกรรมที่ 3 การฝึกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสาธิตและฝึกทักษะพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การเลือกเมนูอาหารประจำวันหรือมื้ออาหารของตนเองผ่านระบบเจเนอเรทีฟเอไอ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเมนู เช่น ลดไขมัน ลดน้ำตาล เพิ่มผักผลไม้ เพิ่มโปรตีน ประเมินระดับความพร้อมทางร่างกายและวางแผนการออกกำลังกายส่วนบุคคลและฝึกการจัดตารางการออกกำลังกายรายสัปดาห์โดย AI ให้คำแนะนำเรื่องความถี่ เวลา และระดับความเข้มข้น รวมถึงการฝึกปฏิบัติท่าทางการออกกำลังกายที่มีความเหมาะสมกับวัยทำงาน การออกกำลังกายประเภทเวรทเทรนนิ่งที่ช่วยเพิ่มมวลกล้ามเนื้อและการเผาผลาญ การฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ โดยวิธีการฝึกหายใจ SKT การทำสมาธิสั้น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

สัปดาห์ที่ 2–12 ออนไลน์ผ่านการใช้งานเจเนอเรทีฟเอไอ (Generative AI) “Happy Health Advisor”

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้รายสัปดาห์ ส่งลิงก์วิดีโอเกี่ยวกับกลยุทธ์การลดน้ำหนัก (เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเคล็ดลับสู่ความสำเร็จ)
กิจกรรมที่ 2 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เผยแพร่เนื้อหาเพื่อเสริมแรงจูงใจ (เคล็ดลับ วิดีโอ และอินโฟกราฟิก) และส่งข้อความเตือนเกี่ยวกับกิจกรรม “การแข่งขันลดน้ำหนัก” ที่จะจัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12

กิจกรรมที่ 3 การฝึกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งลิงก์วิดีโอและข้อความเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์

สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 การติดตามและประเมินผลแบบพบหน้ากัน ณ มหาวิทยาลัย

ประเมินองค์ประกอบของร่างกายด้วย Body Composition Analyzer ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมัน มวลกล้ามเนื้อ (เฉพาะสัปดาห์ที่ 8)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทบทวนบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ให้คำปรึกษาและคำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการลดน้ำหนัก ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมรักษาแรงจูงใจและดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจสอบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์)

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผลแบบพบหน้ากัน ณ มหาวิทยาลัย

การประเมินผลสุดท้าย (Final Assessment) ประเมินองค์ประกอบของร่างกายด้วย Body Composition Analyzer ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมัน มวลกล้ามเนื้อ ทำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ 3 อ. และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

กิจกรรมที่ 1 การสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้คำปรึกษาและคำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการลดน้ำหนัก ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมคงแรงจูงใจและดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มอบรางวัลและเผยแพร่ภาพผู้ชนะการแข่งขัน (Top 3) และตรวจสอบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และระยะเวลาปฏิบัติงาน ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและการเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับ 3 อ. อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตัวเลือกให้เลือกตอบ เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ประกอบด้วย 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ มีการให้คะแนนตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์ของบลูม[11] ดังนี้ ความรู้ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 8 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน) และความรู้ระดับสูง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12-15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ จำนวน 20 ข้อ ซึ่งลักษณะการตอบแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย มีการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์[12] คือ 1.00–1.66 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ดี 1.67–2.33 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง 2.34-3.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับดี

3. เครื่องมือในการวิเคราะห์องค์ประกอบของร่างกาย (Body composition Analyzer) ของ Accuniq BC380 ด้วยหลักการอ่านค่าจากความต้านทานของกระแสไฟฟ้าต่อเซลล์ในร่างกาย (Bioelectrical Impedance Analysis: BIA) ได้แก่ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย (BMI) ปริมาณมวลของกล้ามเนื้อ และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย

4. เจเนอเรทีฟเอไอ (Generative AI) ชื่อเรียกว่า “Happy Health Advisor” เป็นกลไกหลักในการให้คำปรึกษาแบบเฉพาะบุคคล โดยรวมฟังก์ชันการให้คำปรึกษาจาก AI การบันทึกและติดตามข้อมูลสุขภาพ การแจ้งเตือน และการสนับสนุนผู้ควบคุมน้ำหนัก จัดทำฐานข้อมูลที่มีความปลอดภัยและเป็นส่วนตัว เพื่อเก็บรักษาข้อมูลของผู้ควบคุมน้ำหนัก และถ่ายทอดการใช้งานแพลตฟอร์มออนไลน์การดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด สำหรับผู้ควบคุมน้ำหนัก ติดตามการใช้งานและผลลัพธ์จากผู้ควบคุมน้ำหนักที่ใช้แพลตฟอร์ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำผลการตรวจสอบหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.80-1.00 โดยพบว่า IOC มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.90 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มบุคคลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับ 3 อ. มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.83 และทดสอบโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ เท่ากับ 0.81

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือบันทึกข้อความแจ้งขอดำเนินการวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลและขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่ผู้รับผิดชอบ

2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างพร้อมกับแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลชี้แจงสิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับเมื่อเข้า

ร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้โดยใช้เอกสารแนะนำข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้เวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยและความสมัครใจกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือและตอบรับในการเข้าร่วมการวิจัยทีมผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ

3. ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยวัดและประเมินผล จำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 12)

4. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและเก็บข้อมูลเพิ่มกรณีที่ข้อมูลไม่ครบถ้วนและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติตามขั้นตอนที่วางแผนไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และผลการวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และมวลกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี เลขที่โครงการ 0070/2568 เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 65.8 มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 55.3 รองลงมามีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 28.9 และมีอายุตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.8 (อายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.16 ± 8.90 ปี) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 57.9 และปริญญาตรี ร้อยละ 42.1 เป็นบุคลากรสายสนับสนุน ร้อยละ 52.6 และบุคลากรสายวิชาการ ร้อยละ 47.4 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.6

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเจเนอเรทีฟเอไอในบุคลากรมหาวิทยาลัย

โดยภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = -2.18, 95%CI : -2.69 to -1.67, p-value <.001)

โดยภาพรวมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = -0.70, 95%CI : -0.86 to -0.53, p-value <.001)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Mean Difference = -0.56, 95%CI : -0.70 to -0.42, p-value <.001) พฤติกรรมการออกกำลังกาย (Mean Difference = -0.73, 95%CI : -0.93 to -0.53, p-value <.001) และพฤติกรรมการจัดการความเครียด (Mean Difference = -0.71, 95%CI : -0.98 to -0.44, p-value <.001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเจเนอเรทีฟเอไอในบุคลากรมหาวิทยาลัย (n = 38)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		Mean Difference	95% CI	t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.				
ความรู้เกี่ยวกับ 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์	11.26	2.06	13.45	1.42	-2.18	-2.69 to -1.67	-8.64	<.001
พฤติกรรมสุขภาพ								
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	1.78	0.30	2.35	0.26	-0.56	-0.70 to -0.42	-7.97	<.001
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	1.65	0.49	2.38	0.26	-0.73	-0.93 to -0.53	-7.47	<.001
3. พฤติกรรมการจัดการความเครียด	1.64	0.73	2.36	0.31	-0.71	-0.98 to -0.44	-5.33	<.001
โดยภาพรวม	**1.66**	**0.42**	**2.36**	**0.17**	**-0.70**	**-0.86 to -0.53**	**-8.74**	**<.001**

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และมวลกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเจเนอเรทีฟเอไอในบุคลากรมหาวิทยาลัย (n = 38)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		Mean Difference	95% CI	t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.				
น้ำหนัก (Kg)	70.46	20.28	68.77	19.46	1.69	1.02 to 2.19	6.92	<.001
ดัชนีมวลกาย (BMI)	24.84	3.60	24.21	3.30	0.63	0.41 to 0.85	5.96	<.001
เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย	31.59	7.70	30.11	7.68	1.36	1.02 to 1.92	6.67	<.001
มวลกล้ามเนื้อ	26.52	6. 77	27.22	6.88	-0.70	-1.25 to -0.13	-2.51	.017

จากตารางที่ 2 ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีองค์ประกอบร่างกายดีขึ้น ได้แก่ ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักลดลง ($\bar{X}$= 68.77, SD = 19.467) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($\bar{X}$= 70.46, SD = 20.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายลดลง $\bar{X}$= 24.21, SD = 3.30) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($\bar{X}$= 24.84, SD = 3.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายลดลง ($\bar{X}$= 30.11, SD = 7.68) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($\bar{X}$= 31.59, SD = 7.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) และค่าเฉลี่ยของมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ($\bar{X}$= 27.22, SD = 6.88) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($\bar{X}$= 26.52, SD = 6.77) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =.017)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเจเนอเรทีฟเอไอต่อองค์ประกอบของร่างกายและพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรมหาวิทยาลัย มีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p-value < .001) สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพฯ มีประสิทธิผลในการเสริมสร้าง

ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรมหาวิทยาลัยได้อย่างชัดเจน จากกระบวนการจัดกิจกรรมภายในโปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเจเนอเรทีฟเอไอร่วมด้วยกับการให้ความรู้ คำแนะนำ และตอบคำถามด้านสุขภาพเฉพาะบุคคล ทั้งในประเด็นอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ส่งผลให้บุคลากรมหาวิทยาลัยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา จันทร์อ้วน และภาวิณี อุ้ยวงค์[13] พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ 3 อ. 2ส และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีประสิทธิภาพอย่างชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chotchuang et al.[14] แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของแบบจำลองสารสนเทศ–แรงจูงใจ–ทักษะเชิงพฤติกรรม (Information-Motivation-Behavioral Skills: IMB) มีประสิทธิผลสูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วน โดยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์ โดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวี จันทร์ศรี[15] พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านไลน์ในกลุ่มผู้มีภาวะน้ำหนักเกินที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Park et al.[16] พบว่า การใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือในการส่งเสริมสุขภาพสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนในระยะยาวได้ โดยมีเงื่อนไขสำคัญคือต้องมีการติดตามผล และมีการสื่อสารที่ต่อเนื่อง ระหว่างผู้ให้คำแนะนำและผู้ใช้งาน

หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p-value < .001) และมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p-value < .001) อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ออกแบบให้เน้นการมีส่วนร่วมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยภายในโปรแกรมมีกิจกรรมการแข่งขันลดน้ำหนักโดยมุ่งเน้นเป้าหมายด้านสุขภาพ มีการชั่งน้ำหนัก วัดดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และมวลกล้ามเนื้อ ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งการตั้งเป้าหมายสุขภาพรายบุคคลผ่านแชทบอตด้านสุขภาพ ซึ่งช่วยเสริมแรงจูงใจและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และมีการให้ความรู้เกี่ยวกับ 3 อ. ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์จากบุคลากรทางสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีเจเนอเรทีฟเอไอด้วย ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพร่างกายที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา จันทร์อ้วน และภาวิณี อุ้ยวงค์[13] พบว่า องค์ประกอบร่างกายของบุคลากรโรงพยาบาลบึงกาฬที่รับบริการคลินิกไร้พุง DPAC มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ลดลงเฉลี่ย 1.40 หน่วย ขนาดรอบเอวลดลงเฉลี่ย 7.99 ซม. ไขมันในร่างกายลดลงเฉลี่ยร้อยละ 7.63 และมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 14.07 หน่วย มีการปรับตัวดีขึ้นหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (อาหาร ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบร่างกายได้ และสอดคล้องกับสายฝน

จำปาหาญ และพัชรีวรรณ พันตรีเกิด[17] พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชั่นไลน์ของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในสถานประกอบการ จังหวัดพิจิตร หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษา Chotchuang et al.[14] พบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแบบผสมผสาน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมอบรมให้ความรู้และกิจกรรมออนไลน์ผ่านแพลตฟอร์ม LINE OA “Belly to Healthy Shape” ช่วยเพิ่มการเข้าถึงและการมีส่วนร่วม เช่น การจัดกิจกรรมแข่งขันลดน้ำหนัก การตั้งเป้าหมายสุขภาพ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้เครื่องมือดิจิทัล เช่น สมาร์ตวอทช์สำหรับติดตามการออกกำลังกาย ช่วยให้เกิดข้อมูลสะท้อนกลับแบบเรียลไทม์ และเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร จะเห็นได้ว่าไม่ว่าจะเป็นการใช้แอปพลิเคชันไลน์หรือเทคโนโลยีเจเนอเรทีฟเอไอต่างเป็นเครื่องมือดิจิทัลที่มีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและจัดการตนเอง โดยเฉพาะการให้ข้อมูล คำแนะนำ และการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในรูปแบบที่เข้าถึงง่ายและสอดคล้องกับบริบทของผู้ใช้ ซึ่งทำให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบร่างกายและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร

ข้อเสนอแนะ

1. คณะหรือหน่วยงานของมหาวิทยาลัยสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเจเนอเรทีฟเอไอไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพบุคลากรอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการเสริมสร้างความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์

2. ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเจเนอเรทีฟเอไอ เพื่อให้คำแนะนำด้านสุขภาพแบบเฉพาะบุคคล ช่วยติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

3. ควรนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มบุคลากรที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น กลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะอ้วน หรือมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เพื่อเพิ่มโอกาสในการป้องกันปัญหาสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. World Obesity Federation.(2024). World Obesity Atlas 2024 (7th ed.). 2024. [cited 2025 December 20]. Available from: https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Obesity-Atlas-v7.pdf
2. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.(2565). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี พ.ศ. 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. (เข้าถึงเมื่อ 2565 ธันวาคม 1) เข้าถึงได้จาก https://appsdoe.moph.go.th/boeeng/annual/Annual/Annual_Report_2565.pdf
3. กองไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2566). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยพ.ศ. 2566 - 2570. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. (เข้าถึงเมื่อ 2569 มกราคม 1) เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1625920241004031950.pdf
4. ประกาศคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา (ก.พ.อ.).(2561). เรื่อง มาตรฐานภาระงานทางวิชาการของผู้ดำรงตำแหน่งอาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์. ราชกิจจานุเบกษา. 2561. [อินเตอร์เน็ต]. (เข้าถึงเมื่อ 2569 มกราคม 5) เข้าถึงได้จาก: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/E/004/T_0022.PDF
5. นงนุช เดชจบ และกรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์.(2567). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินในสถาบันอุดมศึกษา. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ 2567; 16(3) : 202-212.

6. World Health Organization.(2021). Obesity and overweight: Key facts. [Internet]. 2021. [cited 2025 December 2]. Available from: https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight
7. Topol, E. J.(2019). Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again. New York: Basic Books. 2019.
8. Mesko, B.(2023). Prompt Engineering as an Important Emerging Skill for Medical Professionals: Tutorial. Journal of Medical Internet Research. 2023. 25: e50638. doi.org/10.2196/50638 [cited 2025 December 3]. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10585440/
9. Ayers, J. W., et al.(2023). Comparing Physician and Artificial Intelligence Chatbot Responses to Patient Questions Posted to a Public Social Media Forum. JAMA Internal Medicine. 2023. 183(6): 589–596.
10. Miao, J., Thongprayoon, C., Suppadungsuk, S., Supapinijwijit, O., Charoenpitakchai, P., & Cheungpasitporn, W.(2024). Assessing the accuracy of ChatGPT on the nephrology self-assessment program. Renal Failure. 2024. 46(1), 2289895. https://doi.org/10.1080/0886022X.2023.2289895
11. Bloom BS.(1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. 1971.
12. Best, J.W.(1977), Research in Education. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
13. สุกัญญา จันทร์อ้วน และภาวิณี อุ้ยวงค์.(2568). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) 2568; 41(1): 1-15.
14. Chotchuang, P., Thanasilp, S., & Supametaporn, P.(2024). Effects of the integrative information-motivation-behavioral skills program on food consumption, exercise, and emotional control behaviors modification among university personnel with obesity: A cluster randomized trial. Journal of Health Science and Medical Research. 2024; 28(1), 160–176. doi: 10.31584/jhsmr.20251285
15. วิภาวี จันทร์ศรี.(2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วน. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ 2564; 20(2): 55-68.
16. Park, L. G., Howie-Esquivel, J., & Dracup, K.(2019). A quantitative systematic review of the efficacy of mobile phone interventions to improve medication adherence. Journal of Advanced Nursing. 2019.75(4): 789–801.
17. สายฝน จำปาหาญ และ พัชรีวรรณ พันตรีเกิด.(2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในสถานประกอบการ จังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2567; 5(1): 1-14.

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

Developing a Model for Accessing Emergency Medical Services for Stroke Patients through Multisectoral Collaboration in Wang Sombun District, Sa Kaeo Province.

(Received: January 17,2026 ; Revised: January 24,2026 ; Accepted: January 26,2026)

มนัสนันท์ แสนกล้า[1]
Manatsanan Saenkla[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ดำเนินการวิจัยโดยประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Participatory Process) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาปัญหา การวางแผน การดำเนินการ และการสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ผู้นำชุมชน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำ และแบบสอบถามความพึงพอใจและทัศนคติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired Samples T-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเน้นการสร้างความตระหนักรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ส่งผลให้แกนนำมีความรู้ในการคัดกรองและแจ้งเหตุได้ทันท่วงที 2) ภายหลังการดำเนินงาน พบว่าสถิติการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 60 อย่างมีนัยสำคัญ และทัศนคติของประชาชนต่อระบบบริการเปลี่ยนไปในทางบวก ($\bar{x}$ = 1.80) 3) ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายที่มีต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.68, S.D. = 0.42)

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

Abstract

This research is an Action Research aimed at developing a model for accessing emergency medical services (EMS) for stroke patients and evaluating the effectiveness of the developed model in Wang Sombun District, Sa Kaeo Province. The research methodology applied a participatory process involving network partners, consisting of four steps: problem identification, planning, implementation, and reflection. The sample group consisted of health network partners, community leaders, and high-risk groups. Research instruments included the leader potential development model, satisfaction questionnaires, and attitude surveys. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Paired Samples T-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that: 1) The developed model focused on raising awareness and community participation, empowering leaders to screen and notify emergency services promptly. 2) After implementation, the rate of EMS utilization (Call 1669) among stroke patients significantly increased from 15% to 60%, and community attitudes toward EMS shifted positively ($\bar{x}$ = 1.80). 3) The satisfaction of network partners regarding the operation was at the highest level ($\bar{x}$ = 4.68, S.D. = 0.42).

Keywords: Stroke, Emergency Medical Services (EMS), Multisectoral Collaboration

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) นับเป็นวิกฤตทางสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุลำดับต้นๆ ของความพิการและการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก จากรายงานสถานการณ์ขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization) ในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสะสมกว่า 80 ล้านคนทั่วโลก และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน โดยพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี ซึ่ง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป[1]

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองระบุว่า จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยพบผู้ป่วยรายใหม่และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ปีละไม่ต่ำกว่า 30,000 ราย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโรคนี้ยังคงเป็นภัยคุกคามสุขภาพที่รุนแรง นอกจากผลกระทบด้านสุขภาพแล้ว โรคหลอดเลือดสมองยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจในระยะยาวทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และระดับประเทศ จากภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาระยะยาวที่สูงถึงปีละ 2-3 ล้านบาทต่อคน[2]

หัวใจสำคัญของการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) ซึ่งพบได้บ่อยถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมด คือความรวดเร็วในการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาตามมาตรฐาน Time is Brain เป้าหมายหลักคือการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Recombinant tissue Plasminogen Activator: rtPA) ทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ เพื่อกู้คืนการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองและลดโอกาสเกิดความพิการถาวร[3] อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย คือ ความล่าช้าในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services: EMS) ผู้ป่วยจำนวนมากมาถึงโรงพยาบาลเกินกำหนดเวลา ทำให้พลาดโอกาสได้รับยาละลายลิ่มเลือดและต้องเผชิญกับภาวะทุพพลภาพที่รุนแรง[4]

จังหวัดสระแก้วได้ตระหนักถึงปัญหานี้และมีการกำหนดนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดอัตราตายและเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยมีเป้าหมายลดอัตราตายให้ต่ำกว่าร้อยละ 7 ภายใน 5 ปี มีการจัดตั้งคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Remission Clinic) และศูนย์ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนครอบคลุมทุกอำเภอ[5] แม้จะมีการพัฒนาระบบ EMS เพื่อนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ แต่ในทางปฏิบัติยังพบข้อจำกัดในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะที่อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษา จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565–2567) ของโรงพยาบาลวังสมบูรณ์ พบว่าสถานการณ์มีความน่าเป็นห่วง โดยอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 363.29 เป็น 381.17 ต่อแสนประชากร และที่สำคัญคืออัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 8.69 เป็นร้อยละ 14.28 ในปีล่าสุด[6]

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกของอำเภอวังสมบูรณ์พบประเด็นปัญหาที่สำคัญคือ สัดส่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงบริการผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก โดยในปี พ.ศ. 2565–2567 มีผู้ใช้บริการเพียงร้อยละ 5.38, 9.86 และ 9.87 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมาก[6] ปัจจัยหลักที่ส่งผลให้เกิดความล่าช้าและการสูญเสียโอกาสในการรักษาคือ การที่ประชาชนในพื้นที่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของโรค (Warning signs) การอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล การอยู่บ้านเพียงลำพัง และขาดเครื่องมือสื่อสารเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน อีกทั้งการดำเนินงานที่ผ่านมาโดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ยังขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากภาคีเครือข่ายนอกภาคสาธารณสุข ทำให้ระบบ

การเฝ้าระวังและการแจ้งเหตุในชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว การวิจัยนี้มุ่งเน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่าง 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) กลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแล 2) ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข และ 3) หน่วยกู้ชีพและโรงพยาบาล เพื่อสร้างกลไกทางสังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วย รู้เร็ว รู้ทัน และเข้าถึงบริการได้ไว อันจะนำไปสู่การลดความรุนแรงของโรค ลดความพิการ และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ เคมมิสและแม็คแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart)[7] ซึ่งประกอบด้วยวงจรการปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ควบคู่กับการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง พื้นที่ดำเนินการวิจัยคือ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้

1. ระยะเตรียมการและประเมินผล

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Risk score ระดับ 4 และ 5) จำนวน 76 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan[8] ได้จำนวน 39 คน คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มี Risk score ระดับ 4-5 อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอวังสมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์คัดออก ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง/เสียชีวิต

2. ระยะดำเนินการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มภาคีเครือข่าย จำนวน 33 คน ได้แก่ นายกและปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.), ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), และเจ้าหน้าที่กู้ชีพฉุกเฉินของ อปท. โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ ต้องมีบทบาทเกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือนโยบายสาธารณสุขในพื้นที่ และมีประสบการณ์การทำงาน (สำหรับเจ้าหน้าที่) อย่างน้อย 6 เดือน

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 33 คน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงาน EMS โรงพยาบาล, ทีม NCD, เจ้าหน้าที่ รพ.สต., ตัวแทนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และญาติ โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ มี

ประสบการณ์เกี่ยวข้องหรือเคยใช้บริการระบบ EMS ภายใน 2 ปี และสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ร่างรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่สร้างขึ้นจากการระดมสมองของภาคีเครือข่าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป, ความรู้เกี่ยวกับโรค, ความรู้เกี่ยวกับบริการ EMS, ทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับบริการ EMS ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) และหาค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ได้ค่ามากกว่า 0.7 ร่วมกับแบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินการมีส่วนร่วม

2) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการ EMS

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์และบริบทพื้นที่ ทบทวนวรรณกรรม และเก็บข้อมูลพื้นฐานจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อค้นหาปัญหา

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ดำเนินการตามวงจร PAOR โดยจัดเวทีคืนข้อมูล ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อร่างรูปแบบ นำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และติดตามผลการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ประเมินความพึงพอใจ การมีส่วนร่วม และเปรียบเทียบความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์และการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติดังนี้

1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากรและข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 สถิติวิเคราะห์ ใช้การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired Samples T-test

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็น (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ตามเลขที่โครงการ SKPHO 14/2568 เมื่อวันที่ 23 เมษายน 2568 หมดอายุวันที่ 22 เมษายน 2569 ประเภทการรับรองแบบเร็ว (Expedited Review)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและสถานการณ์ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.50 และเพศชาย ร้อยละ 31.50 อายุเฉลี่ย 64.25 ปี (S.D.=7.50) โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.00 ด้านระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 81.25 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 12.50 1 ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรมเป็นหลัก ร้อยละ 65.00 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 20.00ด้านข้อมูลสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.00 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.50 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 32.25 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 10.50 2 สำหรับพฤติกรรมเสี่ยง พบว่าส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 85.00) และไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 78.00) ด้านปัจจัยเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ พบว่าแม้มียานพาหนะในครอบครัว (ส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 75.00) แต่ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลวังสมบูรณ์มีค่าเฉลี่ย 18.5 กิโลเมตร และใช้เวลาในการเดินทางเฉลี่ย 35.40 นาที

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินผล การประเมินความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 11.50 คะแนน จากเต็ม 18 คะแนน) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องสัญญาณเตือน FAST (หน้าเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด) อยู่ในเกณฑ์ดี (ตอบถูกร้อยละ 70.00) แต่ยังขาดความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงโดยเฉพาะความเข้าใจผิดว่าอาการเวียนศีรษะบ้านหมุนไม่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง (ตอบผิดร้อยละ 60.00)ในขณะที่ ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) พบว่าเป็นปัญหาสำคัญ โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน ระดับน้อย ($\bar{X}$ = 5.20 จากเต็ม 12 คะแนน) 3 ประเด็นที่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนมากที่สุดคือ ร้อยละ 75.50 เข้าใจผิดว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการเฉพาะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเท่านั้น รองลงมาคือ ร้อยละ 62.00 ไม่ทราบว่าบริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย และร้อยละ 45.00 ยังไม่ทราบหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ที่ถูกต้อง

3. ทัศนคติและความเชื่อ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีทัศนคติในภาพรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.45, S.D.=0.85) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ รู้สึกอึดอัดลำบากใจในการโทรแจ้งเหตุทางหมายเลข 1669 ($\bar{X}$ = 4.15) แสดงให้เห็นถึงความเกรงใจและความไม่มั่นใจในการใช้บริการ รองลงมาคือ คิดว่าการโทรแจ้งเหตุมีความยุ่งยาก ($\bar{X}$= 3.80) สำหรับความเชื่อ พบว่ายังมี ความเชื่อที่ผิด ในระดับสูง ($\bar{X}$= 3.90) โดยเฉพาะความเชื่อที่ว่า การไปโรงพยาบาลโดยรถกู้ชีพไม่ต่างจากการไปเอง ($\bar{X}$= 4.20) และรถกู้ชีพใช้รับเฉพาะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุเท่านั้น ($\bar{X}$= 4.10) ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตัดสินใจเรียกใช้บริการ

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ ในระยะนี้ เป็นขั้นตอนการนำสภาพปัญหาและข้อค้นพบจากระยะที่ 1 มาจัดกิจกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และระดมสมองร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอวังสมบูรณ์ จำนวน 30 คน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาและยกร่างรูปแบบการพัฒนา ผลการศึกษาพบว่า

1. กระบวนการยกร่างและพัฒนารูปแบบจากการนำคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหาให้แก่ชุมชน พบว่าภาคีเครือข่ายมีความตระหนักถึงปัญหาความล่าช้าและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับระบบ 1669 จึงได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนาโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (AIC) จนได้ข้อสรุปเป็นรูปแบบการดำเนินงานใหม่ที่ชื่อว่า "วังสมบูรณ์โมเดล (Wang Sombun Model)" หรือรูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินวิถีใหม่โดยชุมชนเป็นฐาน ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1: ระบบแจ้งเตือนภัยในชุมชน (Community Alert System)เนื่องจากชาวบ้านไม่กล้าโทร 1669 โดยตรง ที่ประชุมจึงตกลงให้มีแกนนำคุ้มบ้านและ อสม. เป็นด่านหน้าในการรับแจ้งเหตุและช่วยประเมินอาการเบื้องต้นตามหลัก FAST ก่อนประสานศูนย์สั่งการ เพื่อลดความรู้สึกเกรงใจและเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วย

องค์ประกอบที่ 2: การพัฒนาศักยภาพนักสื่อสารสุขภาพ (Capacity Building) กำหนดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่แกนนำชุมชน เพื่อให้สามารถคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและวิธีเรียกรถฉุกเฉินที่ถูกต้อง เพื่อนำไปขยายผลต่อในหอกระจายข่าวหมู่บ้าน

องค์ประกอบที่ 3: ช่องทางด่วนพิเศษ (Fast Track Communication) จัดทำช่องทางติดต่อสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ EMS วังสมบูรณ์พิทักษ์ชีพ ระหว่างผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉิน เพื่อส่งพิกัดและข้อมูลผู้ป่วยแบบ Real-time

องค์ประกอบที่ 4: มาตรการทางสังคม (Social Measure) กำหนดกติกาชุมชนร่วมกัน โดยให้ทุกครัวเรือนที่มีกลุ่มเสี่ยงต้องมีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดไว้ที่ฝาบ้านในจุดที่มองเห็นชัดเจน และเพื่อนบ้านข้างเคียงมีหน้าที่ช่วยสอดส่องดูแล

2. ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบหลังจากได้ร่างรูปแบบการพัฒนาแล้ว ผู้วิจัยได้นำรูปแบบดังกล่าวให้ผู้เชี่ยวชาญและตัวแทนภาคีเครือข่ายร่วมกันประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง ผลการประเมินพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในภาพรวมอยู่ใน ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.65, S.D. = 0.45) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีความเหมาะสมสูงสุดคือ ด้านความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่และวิถีชีวิตชุมชน ($\bar{X}$= 4.75) รองลงมาคือ ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง ($\bar{X}$= 4.60) และ ด้านความคุ้มค่าและประโยชน์ที่ได้รับ ($\bar{X}$= 4.55) ตามลำดับนอกจากนี้ ภาคีเครือข่ายยังได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า รูปแบบนี้จะช่วยปิดช่องว่างเรื่องความไม่รู้ของชาวบ้านได้ โดยเฉพาะการใช้อาสาสมัครในพื้นที่ช่วยยืนยันอาการ จะทำให้ญาติผู้ป่วยมั่นใจที่จะใช้บริการรถกู้ชีพมากขึ้น ซึ่งผลการประเมินนี้ยืนยันว่ารูปแบบ “วังสมบูรณ์โมเดล” มีความพร้อมที่จะนำไปทดลองใช้ในระยะต่อไป

ผลการวิจัยระยะที่ 3 ผลการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ

ในระยะที่ 3 ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพัฒนาที่สร้างขึ้น ไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายเดิม คือ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และภาคีเครือข่าย เป็นระยะเวลา 3 เดือน จากนั้นจึงทำการประเมินผลลัพธ์โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก ดังนี้ส่วนที่ 1: ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อ ของกลุ่มเสี่ยง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนา เปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนการพัฒนา พบการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

1. ด้านความรู้ ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น จากเดิมก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 11.50 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 16.20 คะแนน (คะแนนเต็ม 18) โดยผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องแม่นยำขึ้นในเรื่องสัญญาณเตือน FAST และปัจจัยเสี่ยงในส่วนของ ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในระยะแรก พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากเดิม 5.20 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 10.85 คะแนน (คะแนนเต็ม 12) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากระบวนการสื่อสารผ่านหอกระจายข่าวและบุคคลต้นแบบ ช่วยให้ชาวบ้านจำหมายเลข 1669 ได้แม่นยำขึ้น และเข้าใจถูกต้องแล้วว่าบริการนี้ฟรีและใช้ได้กับผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคน ไม่ใช่แค่อุบัติเหตุ

2. ด้านทัศนคติและความเชื่อ ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติของกลุ่มเสี่ยงต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเปลี่ยนไปในทางบวก โดยค่าเฉลี่ยทัศนคติเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางค่อนข้างน้อย ($\bar{X}$= 2.45) เป็นระดับมาก ($\bar{X}$= 4.25) โดยเฉพาะความรู้สึกอึดอัดใจในการโทรแจ้งเหตุลดลงอย่างมาก เนื่องจากมีแกนนำชุมชนคอยช่วยเหลือในด้านความเชื่อที่ผิด พบว่าลดลงอย่างเห็นได้ชัด จากเดิมที่มีความเชื่อผิด ๆ ในระดับสูง ($\bar{X}$= 3.90) ลดลงเหลือระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.80) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วน

ใหญ่เลิกเชื่อว่ารถกู้ชีพมีไว้ขนศพหรือคนเจ็บหนักเท่านั้น แต่หันมาเชื่อมั่นว่ารถกู้ชีพคือโอกาสรอดชีวิตแทน

2. ผลความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายที่มีต่อการดำเนินงานจากการสอบถามภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับความพึงพอใจในกิจกรรมการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ใน ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.68, S.D. = 0.42) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าประเด็นที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่สามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ($\bar{X}$= 4.80) ภาคีเครือข่ายรู้สึกว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นทำให้เขามั่นใจที่จะดูแลตนเองและคนในครอบครัวมีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้ ($\bar{X}$= 4.75) สะท้อนถึงความสำเร็จของการอบรมแกนนำที่ทำให้เกิดทักษะปฏิบัติจริงเนื้อหามีประโยชน์และนำไปถ่ายทอดแก่ชุมชนได้ ($\bar{X}$= 4.70) ภาคีเครือข่ายรู้สึกภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งในการกระจายความรู้สู่เพื่อนบ้านนอกจากนี้ ยังพบข้อมูลเชิงประจักษ์ในช่วงการทดลองใช้ 3 เดือนว่า สถิติการเรียกใช้บริการ 1669 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางสมองเพิ่มขึ้นจากสถิติเดิมร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมด และระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Response Time) ของทีมกู้ชีพลดลงเฉลี่ย 5 นาที เนื่องจากการแจ้งพิกัดที่แม่นยำผ่านไลน์กลุ่มเครือข่ายบท

สรุปผลการวิจัยทั้ง 3 ระยะ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (วังสมบูรณ์โมเดล) ประสบความสำเร็จในการปิดช่องว่างปัญหา ทั้งในด้านความรู้ และความไว้วางใจส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ที่ถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีและภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจและเข้มแข็งสามารถยกระดับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว สามารถนำมาอภิปรายผลโดยเชื่อมโยงกับแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

1. ประเด็นด้านประสิทธิผลของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินผลการศึกษาพบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สถิติการเรียกใช้บริการสายด่วน 1669 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากเดิมร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สกล สินธุพรหม[9] ที่พบว่า การจัดการโรคหลอดเลือดสมองแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้นผ่านความร่วมมือของเครือข่าย นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ่งรัตน์ พละไกร และคณะ[10] ที่พบว่าการเฝ้าระวังในชุมชนโดยอาศัยความรู้ของคนในชุมชนและสัมพันธภาพของผู้ปฏิบัติงาน (เช่น อสม. หรือนักบริบาลผู้สูงอายุ) เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การที่รูปแบบการพัฒนาเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม (Participatory Action) ทำให้เกิดระบบการเฝ้าระวังและการนำส่งที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว

2. ประเด็นด้านการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความรู้ของชุมชนผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยค่าเฉลี่ยความเชื่อที่ว่ารถกู้ชีพมีไว้ขนศพหรือคนเจ็บหนักเท่านั้นลดลง ($\bar{X}$= 1.80) และหันมาเชื่อมั่นว่ารถกู้ชีพคือโอกาสรอดชีวิตแทน ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการให้ความรู้และการสื่อสารในรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ

แนวคิดของ นวลจันทร์ ประพงษ์[11] ที่ระบุว่า การเฝ้าระวังในชุมชนต้องเริ่มต้นด้วยความรู้ของคนในชุมชน โดยเฉพาะการใช้แบบประเมินหรือ Checklist ง่ายๆ สำหรับคัดกรองอาการ Stroke/STEMI ช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) เกิดความมั่นใจในการประเมินและตัดสินใจร้องขอความช่วยเหลือ การเปลี่ยนแปลงความเชื่อนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรทิพย์ ขุนวิเศษ และคณะ[12] ที่พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมช่วยสร้างความเป็นเจ้าของสุขภาพร่วมกัน ทำให้คนในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการแจ้งเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่ถูกต้อง

3. ประเด็นความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายและผู้ให้บริการผลการประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายที่มีต่อการดำเนินงานพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$= 4.68) โดยเฉพาะในประเด็นความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้และการถ่ายทอดต่อ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกัญญา คำแปง และคณะ[13] ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมจัดการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าหลังการใช้โปรแกรม บุคลากรมีความพึงพอใจในการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.011) เนื่องจากการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยลดความซับซ้อนและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ นวลจันทร์ ประพงษ์[11] ที่พบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจมากในรูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น เพราะรู้สึกว่าขั้นตอนการประเมินผู้ป่วยช่วยประหยัดเวลาและเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน

4. ประเด็นของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ความสำเร็จนี้เกิดจากรูปแบบการดำเนินงานที่ไม่ได้สั่งการจากเบื้องบน แต่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการพัฒนาศักยภาพแกนนำให้มีความรู้และทักษะปฏิบัติจริง ทำให้แกนนำเกิดความมั่นใจและกล้าที่จะไปสื่อสารต่อกับชาวบ้านในภาษาเดียวกัน ความรู้สึกเป็นเจ้าของระบบจึงเกิดขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ สกล สินธุพรหม[9] ที่พบว่า การจัดการโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับ พรทิพย์ ขุนวิเศษ และคณะ[12] ที่ระบุว่าการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องอาศัยทุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงจะเกิดความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่า รูปแบบการดำเนินงานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่งผลให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นและมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยงานระดับนโยบายหรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรส่งเสริมรูปแบบการทำงานที่เน้นการกระจายอำนาจทางความรู้ลงสู่ชุมชน แทนการประชาสัมพันธ์ทางเดียวแบบเดิม ผลการวิจัยยืนยันแล้วว่าการให้แกนนำชุมชนเข้ามามีบทบาทเป็นผู้ส่งสารและผู้คัดกรองเบื้องต้นเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลบล้างความเชื่อเดิม (เช่น รถกู้ชีพมีไว้ขนศพ) และสร้างความไว้วางใจในระบบบริการได้ดีกว่าเจ้าหน้าที่รัฐดำเนินการเอง

2) โรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. ควรนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำนี้ไปประยุกต์ใช้โดยเน้นการฝึกทักษะการคัดกรองอาการ (Stroke Fast Track) ให้เป็นภาษาชาวบ้านที่เข้าใจง่าย เพื่อให้แกนนำสามารถประเมินเพื่อนบ้านและตัดสินใจโทร 1669 ได้ทันที โดยไม่ต้องรอปรึกษาเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลา (Time to Treatment) ในการเข้าถึงบริการได้จริงตามผลการศึกษา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวภายหลังสิ้นสุดโครงการ 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินว่าชุมชนยังคงมีอัตราการใช้บริการ 1669 อย่างต่อเนื่องหรือไม่ และแกนนำยังคงปฏิบัติหน้าที่อย่างเข้มแข็งเพียงใด เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบให้เกิดความยั่งยืนในบริบทจริง

2) ควรนำรูปแบบการสร้างเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินนี้ ไปทดลองปรับใช้กับกลุ่มโรคเวลาวิกฤตอื่นๆ (Time Dependent Diseases) เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (Trauma) เพื่อดูว่ากระบวนการมีส่วนร่วมนี้สามารถตอบสนองต่อบริบทโรคที่มีความเร่งด่วนแตกต่างกันได้ดีเพียงใด

3) การวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการทำงานของภาคีเครือข่าย เช่น แอปพลิเคชันแจ้งเหตุ หรือ ระบบติดตามตำแหน่งรถกู้ชีพ (GPS Tracking) ที่ภาคีเครือข่ายสามารถเข้าถึงได้ เพื่อเพิ่มความมั่นใจและความรวดเร็วในการประสานงานมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.World Stroke Organization. (2023). Global Stroke Fact Sheet 2023. https://www.world-stroke.org/

2.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน. https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623

3.ปิยะนุช จิตตนูนท์, อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์, พิมพิศา ศักดิ์สองเมือง, วิชัย อารับ, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์, และ ญนัท วอลเตอร์. (2564). ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 41(2), 13–25.

4.พรภัทรา แสนเหลา, สายนาท พลไชยโย, เบญจา สนิทสิงห์, ทศพร ปิ่นแก้ว, และ ดรุณี ภาระขันธ์. (2564). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่โรงพยาบาลไชยภูมิ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39(1), 88–97.

5.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. (2567). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ 2567. กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด.

6.โรงพยาบาลวังสมบูรณ์. (2567). รายงานสถิติผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประจำปีงบประมาณ 2567. กลุ่มงานเวชระเบียนและสถิติ.

7.Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.

8.Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3), 607–610.

9.สกล สินธุพรหม. (2563). การจัดการโรคหลอดเลือดสมองแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่ตำบลวังยาง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร, 17(2), 1-13.

10.รุ่งรัตน์ พละไกร, เบญจวรรณ อ่อนอรรถ, รุ่งเจริญ ภะวัง, ฐิติกา แสนการุณ, นิฤมล กมุทชาติ, และ นิมมลา สวัสดิ์พันธ์. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง STROKE และ STEMI อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (รายงานการวิจัย). สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

11.นวลจันทร์ ประพงษ์. (2567). การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง STROKE และ STEMI โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลพรเจริญ.

12.พรทิพย์ ขุนวิเศษ, วรพนธ์ หอมกรุ่น, บุษยา ดำคำ, อดิศักดิ์ ชวลิตวัชระ, เลิศฤทธิ์ พลนิกร, และ ทัสมะ จันทร์พิลา. (2561). การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดชัยนาท กรณีศึกษา ตำบลห้วยงู อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท (รายงานการวิจัย). สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

13.สุกัญญา คำแปง และ ศิริวรรญ บุญวิศิษฐ์. (ม.ป.ป.). ผลของการใช้โปรแกรมจัดการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการคัดกรอง การส่งต่อและความพึงพอใจของพยาบาล ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

การดำรงชีวิตกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยในชุมชน: การสังเคราะห์เชิงอภิมานของงานวิจัย เชิงคุณภาพ

Living with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis among Community-Dwelling Patients: A Qualitative Meta-synthesis.

(Received: March 3,2026 ; Revised: March 7,2026 ; Accepted: March 28,2026)

ดลรวี สิมคำ[1]

Donlarawee Simkum[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์และแปลความหมายเชิงลึกของประสบการณ์การดำรงชีวิตกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องชนิด Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ของผู้ป่วยในบริบทชุมชน โดยใช้การสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพแบบ meta-ethnography ตามแนวคิดของ Noblit และ Hare งานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 11 เรื่องที่ผ่านการคัดเลือกและประเมินคุณภาพถูกนำมาวิเคราะห์ผ่านกระบวนการแปลความหมายข้ามการศึกษา

ผลการสังเคราะห์ชี้ให้เห็นว่า การดำรงชีวิตกับ CAPD ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการดูแลตนเองเชิงเทคนิคหรือการปฏิบัติตามข้อกำหนดทางการแพทย์ หากเป็นกระบวนการเชิงพลวัตของการจัดระเบียบชีวิตใหม่ภายใต้เงื่อนไขการรักษาระยะยาว สามารถอธิบายผ่านโครงสร้างความหมายร่วม 4 มิติ ได้แก่ การยอมรับการรักษาในฐานะเงื่อนไขถาวรของชีวิต การจัดการชีวิตประจำวันภายใต้บทบาทผู้ดูแลตนเองอย่างเข้มข้น การดูแลตนเองในฐานะศักดิ์ศรีและอัตลักษณ์ของผู้ป่วย และครอบครัวในฐานะระบบสนับสนุนและพื้นที่ของการต่อรองบทบาท

คำสำคัญ : การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การดำรงชีวิต ผู้ป่วยในชุมชน

Abstract

This study aimed to synthesize and interpret in depth the lived experiences of community-dwelling patients undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD). A qualitative meta-synthesis was conducted using the meta-ethnography approach proposed by Noblit and Hare. Eleven qualitative studies that met the inclusion criteria and passed quality appraisal were systematically analyzed through a process of cross-study translation.

The synthesis revealed that living with CAPD is not limited to technical self-care practices or adherence to medical regimens; rather, it represents a dynamic process of continual life reorganization under the conditions of long-term treatment. Four interrelated dimensions of shared meaning emerged: acceptance of treatment as a permanent life condition; intensive management of everyday life through the self-care role; self-care as an expression of dignity and personal identity; and the family as both a key support system and a space for negotiating roles and responsibilities.

Keywords: Continuous ambulatory peritoneal dialysis, living with chronic illness, community-dwelling patients

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease; ESRD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก และก่อให้เกิดภาระด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมในระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญ[1] ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกและรายงาน Global Health Estimates ระบุว่าในช่วงปี ค.ศ. 2022–2023 มีประชากรทั่วโลกมากกว่า 850 ล้านคนที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้าสู่การบำบัดทดแทนไตมี

[1] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] ขณะเดียวกัน รายงาน United States Renal Data System (USRDS) ฉบับปี 2022–2023 ชี้ให้เห็นว่า มีผู้ป่วย ESRD มากกว่า 800,000 รายในสหรัฐอเมริกา และมีผู้ป่วยรายใหม่เข้าสู่ระบบบำบัดทดแทนไตมากกว่า 130,000 รายต่อปี โดยการล้างไตทางช่องท้องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงหลังการระบาดของโควิด-19[2]

ในระดับสากล การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) ได้รับการส่งเสริมอย่างกว้างขวาง เนื่องจากสามารถดำเนินการได้ที่บ้าน ลดความแออัดของสถานพยาบาล ลดต้นทุนด้านโครงสร้างพื้นฐาน และเอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ[3-5] ข้อมูลจากองค์กรวิชาชีพระดับนานาชาติและรายงานทะเบียนผู้ป่วยไตระบุว่า ในช่วงปี ค.ศ. 2022–2024 สัดส่วนผู้ป่วยที่เริ่มต้นการบำบัดทดแทนไตด้วย PD เพิ่มขึ้นในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศรายได้ปานกลางถึงต่ำ ซึ่งสะท้อนบทบาทของ PD ในการขยายการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยในชุมชน[3-5] ในประเทศไทย การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) ถูกกำหนดให้เป็นแนวทางหลักภายใต้นโยบาย “PD First” ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากทะเบียนการบำบัดทดแทนไตของประเทศไทยระบุว่า ในปี พ.ศ. 2565–2566 มีผู้ป่วย ESRD ที่ได้รับการรักษาด้วย CAPD มากกว่า 60,000 ราย และผู้ป่วยรายใหม่มากกว่ากึ่งหนึ่งเริ่มต้นการบำบัดทดแทนไตด้วย CAPD เป็นวิธีแรก[3] แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ป่วยจำนวนมากต้องดำรงชีวิตและจัดการการรักษาอยู่ในบริบทครัวเรือนและชุมชนเป็นระยะเวลานาน

ภายใต้บริบทดังกล่าว การพยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับการล้างไตทางช่องท้องได้อย่างต่อเนื่อง ผ่านการติดตามดูแล การเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเอง และการทำงานร่วมกับครอบครัวและทรัพยากรในชุมชนอย่างสอดคล้องกับชีวิตจริงของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม แม้การล้างไตทางช่องท้องจะเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชน แต่เป็นการรักษาระยะยาวที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการควบคุมความสะอาด การป้องกันการติดเชื้อ การจัดการเวลาและพื้นที่ในชีวิตประจำวัน รวมถึงการรับมือกับภาวะแทรกซ้อน งานวิจัยรายงานว่าผู้ป่วย CAPD และผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เช่น ความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวล ความกลัวการติดเชื้อ และการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว[6-8] สะท้อนว่าการล้างไตทางช่องท้องเป็นการรักษาที่มีความซับซ้อนในเชิงการดำรงชีวิต ไม่ใช่เพียงกระบวนการรักษาทางเทคนิคเท่านั้น

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา มีงานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวนหนึ่งที่ศึกษาประสบการณ์และมุมมองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นประเด็นการดูแลตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา บทบาทของครอบครัว และความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ[8-9] แม้งานวิจัยเหล่านี้ช่วยเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในบริบทเฉพาะ แต่ผลการศึกษายังคงกระจัดกระจายและขาดการสังเคราะห์เพื่ออธิบายภาพรวมของการดำรงชีวิตกับ CAPD ในบริบทชุมชนอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การสังเคราะห์เชิงอภิมานแบบ meta-ethnography ตามแนวคิดของ Noblit และ Hare[10] จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสม เนื่องจากเป็นกระบวนการที่มุ่งบูรณาการและตีความผลการศึกษาจากงานวิจัยเชิงคุณภาพหลายบริบท เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจเชิงแนวคิดเกี่ยวกับการดำรงชีวิตกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในชุมชน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์เชิงอภิมานของงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาการดำรงชีวิตกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยในชุมชน เพื่อเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้ และสนับสนุนการพัฒนาการพยาบาล

และการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในบริบทชุมชนอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสังเคราะห์และแปลความหมายเชิงลึกของประสบการณ์การดำรงชีวิตกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยในชุมชน โดยใช้การสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพแบบ meta-ethnography

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพ (qualitative meta-synthesis) โดยใช้แนวทาง meta-ethnography ตามกรอบแนวคิดของ Noblit และ Hare[11] เพื่อสังเคราะห์และแปลความหมายเชิงลึกของประสบการณ์การดำรงชีวิตกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องชนิด Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ในบริบทชุมชน โดยมุ่งพัฒนาองค์ความรู้ระดับแนวคิดผ่านกระบวนการ translation of studies และ line-of-argument synthesis[11]

1. รูปแบบการวิจัยและกรอบการรายงาน การศึกษานี้เป็นการสังเคราะห์เชิงตีความ (interpretive qualitative synthesis) ด้วย meta-ethnography[11] ซึ่งเหมาะสำหรับบูรณาการข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงคุณภาพที่มีบริบทหลากหลาย โดยใช้กรอบ ENTREQ[12] เพื่อเสริมความโปร่งใสและความสามารถในการตรวจสอบย้อนกลับ

2. แหล่งข้อมูลและการสืบค้นวรรณกรรม สืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science และ ThaiJO โดยใช้คำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ CAPD, peritoneal dialysis, community-dwelling, home-based และ qualitative research คำค้นถูกจัดกลุ่มอย่างเป็นระบบ ใช้เครื่องหมายวลี (“ ”) และปรับให้เหมาะสมกับแต่ละฐานข้อมูล กำหนดช่วงเวลาการตีพิมพ์ พ.ศ. 2557–2568 (ค.ศ. 2014–2025)

3. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ งานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาผู้ป่วย CAPD โดยตรง รายงานประสบการณ์หรือการดำรงชีวิตในบริบทชุมชน และมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสังเคราะห์ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ งานวิจัยเชิงปริมาณ บททบทวน รายงานกรณีศึกษา งานที่ศึกษา Automated Peritoneal Dialysis (APD) หรือ peritoneal dialysis แบบผสมที่ไม่สามารถแยกผล CAPD ได้ชัดเจน และงานที่เน้นผลลัพธ์ทางคลินิกโดยไม่สะท้อนประสบการณ์ชีวิต

4. กระบวนการคัดกรองและคัดเลือกงานวิจัย ดำเนินการตัดรายการซ้ำ คัดกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ และประเมินฉบับเต็มตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้ประเมิน 2 คนอย่างอิสระ หากมีความเห็นไม่สอดคล้อง ใช้การอภิปรายเพื่อหาข้อยุติ และบันทึกเหตุผลการคัดออกอย่างเป็นระบบ

5. การประเมินคุณภาพงานวิจัย ใช้ Critical Appraisal Skills Programme (CASP): Qualitative Research Checklist[13] เพื่อประเมินความเหมาะสมของระเบียบวิธี ความน่าเชื่อถือของข้อมูล และความครบถ้วนของการรายงาน งานที่ไม่ผ่านเกณฑ์จะไม่ถูกนำเข้าสังเคราะห์ โดยมีงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 11 เรื่อง

6. การสกัดข้อมูลและการสังเคราะห์ สกัดข้อมูลเชิงพรรณนาและเชิงตีความ โดยจัดระดับแนวคิดเป็น first-order constructs (มุมมองผู้ให้ข้อมูล) และ second-order constructs (การตีความของผู้วิจัยต้นทาง) การสังเคราะห์ดำเนินตามขั้นตอน meta-ethnography[11] ได้แก่ การอ่านซ้ำ การระบุแนวคิดหลัก การแปลความหมายข้ามการศึกษา และการสังเคราะห์เชิงอธิบาย เพื่อพัฒนาแบบจำลองแนวคิดของการดำรงชีวิตกับ CAPD

7. ความเข้มงวดและความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบ เสริมความเข้มงวดด้วยการจัดทำ audit trail การเทียบเคียงการตีความ และการรายงาน

อย่างโปร่งใส ทั้งนี้ อาจประเมินความเชื่อมั่นของข้อค้นพบโดยใช้กรอบ GRADE-CERQual[14] ตามความเหมาะสม

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพจากข้อมูลทุติยภูมิที่เผยแพร่แล้วในแหล่งสาธารณะ ข้อมูลทั้งหมดไม่สามารถระบุตัวตนได้ และไม่มีการเก็บข้อมูลใหม่หรือเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล จึงไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ให้ข้อมูล และไม่เข้าข่ายการวิจัยในมนุษย์ตามหลักจริยธรรมสากล

งานวิจัยต้นทางที่นำมาสังเคราะห์ล้วนผ่านการรับรองจริยธรรมจากสถาบันต้นสังกัดแล้ว ผู้วิจัยมีบทบาทเฉพาะในการสกัด วิเคราะห์ และสังเคราะห์เชิงตีความ โดยไม่กระทบสิทธิหรือศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล แม้ไม่จำเป็นต้องขอรับรองจริยธรรมเพิ่มเติม ผู้วิจัยยังคงยึดหลักความซื่อสัตย์ทางวิชาการ การอ้างอิงที่ถูกต้อง และการรายงานผลอย่างโปร่งใส เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพและความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผลการวิจัย

การสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพแบบ meta-ethnography จากงานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 11 เรื่อง ซึ่งศึกษาประสบการณ์การดำรงชีวิตกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องชนิด Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ของผู้ป่วยในบริบทชุมชน ทำให้ปรากฏโครงสร้างความหมายร่วมของการดำรงชีวิตภายใต้การรักษาระยะยาวอย่างเป็นระบบ ผลการสังเคราะห์แสดงให้เห็นว่า การดำรงชีวิตกับ CAPD ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการดูแลตนเองเชิงเทคนิคหรือการปฏิบัติตามข้อกำหนดทางการแพทย์ หากเป็นประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับรูปแบบชีวิตกิจวัตรประจำวัน และความสัมพันธ์ในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ภายใต้บริบทของโรคเรื้อรังและการรักษาระยะยาว จากกระบวนการแปลความหมายข้ามการศึกษาและการสังเคราะห์เชิงอธิบาย สามารถจัดประสบการณ์การดำรงชีวิตกับ CAPD ในชุมชนออกเป็น 4 มิติหลักเชิงตีความที่เชื่อมโยงกัน ดังนี้

1. การยอมรับชีวิตภายใต้เงื่อนไขถาวรของการรักษา ผลการสังเคราะห์พบว่า ผู้ป่วย CAPD รับรู้การล้างไตทางช่องท้องเป็นเงื่อนไขถาวรของชีวิตที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ระยะเริ่มต้นของการรักษามักสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัว ความไม่แน่นอน และการรับรู้ถึงการสูญเสียความเป็นอิสระทั้งทางร่างกายและสังคม ผู้ป่วยจำนวนมากสะท้อนความยากลำบากในการทำความเข้าใจว่าการรักษาจะดำเนินต่อไปอย่างไม่มีกำหนดและแทรกอยู่ในชีวิตประจำวัน เมื่อระยะเวลาการรักษายาวนานขึ้น ผู้ป่วยบางรายค่อย ๆ ผนวกการล้างไตเข้าเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน อย่างไรก็ตาม การยอมรับดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเป็นเส้นตรง หากเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อ หรือข้อจำกัดใหม่ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

2. การจัดการชีวิตประจำวันภายใต้บทบาทผู้ดูแลตนเองอย่างเข้มข้น ผลการสังเคราะห์แสดงให้เห็นว่า การดำรงชีวิตกับ CAPD ทำให้ผู้ป่วยต้องรับบทบาทผู้ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยต้องปรับกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับข้อกำหนดของการรักษา ทั้งด้านการควบคุมความสะอาด การป้องกันการติดเชื้อ การจัดการเวลา และการจัดสรรพื้นที่ภายในครัวเรือน ผู้ป่วยบางรายรายงานความยากลำบากในการคงบทบาทเดิม เช่น การทำงานหรือกิจกรรมทางสังคม ขณะที่บางรายสามารถพัฒนารูปแบบชีวิตที่สอดคล้องกับการรักษาได้มากขึ้น ผลการสังเคราะห์ยังพบว่า ผู้ป่วยรับรู้การดูแลตนเองเป็นความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับทั้งตนเองและครอบครัว โดยความสามารถในการจัดการชีวิตประจำวันสัมพันธ์กับความรู้สึกควบคุมชีวิตและความมั่นคงทางจิตใจ ขณะที่ความไม่มั่นใจใน

การดูแลตนเองสัมพันธ์กับความเครียดและความรู้สึกเปราะบาง

3. ครอบครัวในฐานะระบบสนับสนุนและพื้นที่ของการต่อรองบทบาท ผลการสังเคราะห์พบว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตกับ CAPD ทั้งด้านการช่วยเหลือทางกาย การสนับสนุนทางอารมณ์ และการแบ่งเบาภาระในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจำนวนมากรับรู้ว่าการล้างไตทางช่องท้องเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับครอบครัว ในขณะเดียวกัน การพึ่งพาครอบครัวสัมพันธ์กับความรู้สึกสองด้าน ได้แก่ ความเกรงใจ ความกังวลต่อการเป็นภาระ และความพยายามในการรักษาความเป็นอิสระของตนเอง การต่อรองบทบาทภายในครอบครัวจึงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการรักษา

4. การสร้างความหมายใหม่ของการมีชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรัง ผลการสังเคราะห์เชิงตีความพบว่า ผู้ป่วย CAPD จำนวนมากมีการปรับกรอบการรับรู้ต่อการดำรงชีวิต โดยเปลี่ยนจากการมองการล้างไตเป็นข้อจำกัดหรือภาระ ไปสู่การมองว่าเป็นเงื่อนไขที่เอื้อให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ ผู้ป่วยรายงานการให้คุณค่ากับชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ และความสามารถที่ยังคงมีอยู่ แม้ต้องอยู่ภายใต้ข้อจำกัดของโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยบางรายสะท้อนถึงการปรับเป้าหมายชีวิตให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของร่างกายและการรักษา ซึ่งสัมพันธ์กับความรู้สึกมีความหวังและเสถียรภาพทางจิตใจ

การสังเคราะห์เชิงอธิบาย (Line-of-Argument Synthesis) ชี้ให้เห็นว่า การดำรงชีวิตกับ CAPD ในชุมชนเป็นกระบวนการต่อเนื่องของการจัดระเบียบชีวิตใหม่ภายใต้การรักษาระยะยาว ผู้ป่วยต้องปรับสมดุลระหว่างข้อกำหนดของการรักษา สภาพร่างกาย บทบาทครอบครัว และกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ โดยมิติต่างๆ เชื่อมโยงและส่งอิทธิพลซึ่งกันและกัน การยอมรับการรักษาเอื้อต่อการจัดการชีวิตและการคงไว้ซึ่งอัตลักษณ์ ขณะที่ครอบครัวเป็นบริบทสำคัญที่ทั้งสนับสนุนและกำหนดรูปแบบการพึ่งพาและการต่อรองบทบาท

โดยสรุป การดำรงชีวิตกับ CAPD ในชุมชนไม่ใช่ภาวะคงที่ หากเป็นกระบวนการของการปรับสมดุลชีวิตอย่างต่อเนื่องภายใต้การรักษาระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

การสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพแบบ meta-ethnography จากงานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 11 เรื่อง ช่วยยกระดับความเข้าใจการดำรงชีวิตกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องชนิด Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) จากประสบการณ์เฉพาะรายไปสู่การอธิบายเชิงแนวคิดของโครงสร้างความหมายร่วมและกระบวนการดำรงชีวิตภายใต้การรักษาระยะยาวอย่างเป็นระบบ ผลการสังเคราะห์ชี้ชัดว่า CAPD ไม่ได้เป็นเพียงเทคโนโลยีทางการแพทย์หากเป็น “เงื่อนไขของชีวิต” ที่ผู้ป่วยต้องบูรณาการเข้ากับวิถีชีวิต อัตลักษณ์ และความสัมพันธ์ทางสังคมในบริบทชุมชนที่แตกต่างกัน

1. การยอมรับการรักษาในฐานะเงื่อนไขถาวรของชีวิต ข้อค้นพบสะท้อนว่าการยอมรับการรักษาไม่ได้เกิดขึ้นทันทีหรือดำเนินไปอย่างเป็นเส้นตรง หากเป็นกระบวนการเชิงพลวัตที่เปลี่ยนแปลงตามเวลา ประสบการณ์การรักษาและเหตุการณ์ในชีวิต ระยะเริ่มต้นของ CAPD มักมาพร้อมความกลัว ความไม่แน่นอน และการรับรู้ถึงการสูญเสียความเป็นอิสระ ขณะที่เมื่อประสบการณ์เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจำนวนมากค่อย ๆ ผนวกการรักษาเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน การสังเคราะห์ครั้งนี้ขยายความเข้าใจแนวคิด “การยอมรับ” จากการเป็นผลลัพธ์ปลายทางของการปรับตัว ไปสู่การเป็นกระบวนการเปลี่ยนผ่านของอัตลักษณ์และบทบาทชีวิต สอดคล้องกับ transition theory และแนวคิดการดำรงชีวิตกับโรคเรื้อรังในเชิงกระบวนการ[14,15] โดยชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมที่ดูเหมือน “ขาดความร่วมมือในการ

รักษา” อาจสะท้อนช่วงของการสั่นคลอนทางอัตลักษณ์มากกว่าการปฏิเสธการรักษาโดยเจตนา

2. การจัดการชีวิตประจำวันภายใต้บทบาทผู้ดูแลตนเองอย่างเข้มข้น ผลการสังเคราะห์แสดงให้เห็นว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วย CAPD ไม่ใช่เพียงการปฏิบัติตามขั้นตอนทางเทคนิค หากเป็น “งานของชีวิตประจำวัน” ที่ต้องอาศัยการตัดสินใจอย่างต่อเนื่องในบริบทจริง ผู้ป่วยต้องปรับกิจวัตร เวลา พื้นที่ และบทบาททางสังคมให้สอดคล้องกับข้อกำหนดของการรักษา ข้อค้นพบนี้ช่วยขยายกรอบแนวคิด self-management[16] จากการมุ่งเน้นทักษะส่วนบุคคล ไปสู่การมองว่าความสามารถในการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่แปรผันตามทรัพยากร ข้อจำกัด และแรงสนับสนุนในชีวิตประจำวัน ซึ่งมักไม่สะท้อนผ่านตัวชี้วัดทางคลินิกโดยตรง

3. การดูแลตนเองในฐานะศักดิ์ศรีและอัตลักษณ์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจำนวนมากรับรู้ว่าการสามารถดูแลตนเองได้เป็นการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี ความเป็นอิสระ และคุณค่าของตนเอง การดูแลตนเองจึงมีความหมายเชิงอัตลักษณ์ควบคู่กับความหมายเชิงการรักษา ผู้ป่วยบางรายพยายามรักษาความสามารถนี้แม้ต้องแลกกับความเหนื่อยล้า ข้อค้นพบนี้ช่วยขยายความเข้าใจ self-care จากพฤติกรรมสุขภาพไปสู่การเป็นการปฏิบัติทางอัตลักษณ์ (identity work) ซึ่งสอดคล้องกับวรรณกรรมว่าด้วยศักดิ์ศรีในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[17] และชี้ให้เห็นว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยมีรากฐานจากคุณค่าและความหมาย มากกว่าการพิจารณาเชิงเทคนิคเพียงอย่างเดียว

4. ครอบครัวในฐานะระบบสนับสนุนและพื้นที่ของการต่อรองบทบาท ผลการสังเคราะห์ยืนยันว่าครอบครัวเป็นระบบสนับสนุนสำคัญของผู้ป่วย CAPD ทั้งในด้านกาย จิตใจ และสังคม อย่างไรก็ตาม การพึ่งพาครอบครัวมักมาพร้อมความรู้สึกสองด้าน ได้แก่ ความเกรงใจ ความกังวลต่อการเป็นภาระ และความพยายามรักษาความเป็นอิสระ ข้อค้นพบนี้สะท้อนบทบาทสองด้านของครอบครัว และสนับสนุนแนวคิดการดูแลที่มองครอบครัวเป็น “หน่วยของการดูแล” มากกว่าการมองผู้ป่วยเป็นหน่วยเดี่ยว สอดคล้องกับวรรณกรรมว่าด้วยภาระของครอบครัวผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย[18,19]

5. การสร้างความหมายใหม่ของการมีชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรัง ผู้ป่วย CAPD จำนวนมากค่อย ๆ ปรับกรอบความหมายของการดำรงชีวิต จากการมองการล้างไตเป็นข้อจำกัด ไปสู่การมองว่าเป็นเงื่อนไขที่เอื้อให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ การสร้างความหมายใหม่นี้ช่วยเสริมความหวัง แรงจูงใจ และเสถียรภาพทางจิตใจ การตีความดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด shifting perspectives ในโรคเรื้อรัง[16,20,21] ซึ่งอธิบายการเคลื่อนสลับระหว่างมุมมองที่โรคหรือชีวิตเป็นศูนย์กลางตามบริบทชีวิต

การสังเคราะห์เชิงอธิบาย: การปรับสมดุลชีวิตอย่างต่อเนื่อง เมื่อบูรณาการทุกมิติของประสบการณ์ ผลการสังเคราะห์ชี้ชัดว่าการดำรงชีวิตกับ CAPD ในชุมชนเป็นกระบวนการของการปรับสมดุลชีวิตใหม่อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องจัดวางความสัมพันธ์ระหว่างการรักษา ร่างกาย บทบาทครอบครัว และความหมายชีวิตซ้ำแล้วซ้ำเล่า ภายใต้บริบทที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ มุมมองเชิงกระบวนการนี้สนับสนุนการมองการดำรงชีวิตกับ CAPD ในฐานะระบบที่เชื่อมโยงมิติทางกาย จิตใจ และสังคมอย่างไม่อาจแยกออกจากกัน และสะท้อนข้อจำกัดของการประเมินคุณภาพการดูแลที่อาศัยตัวชี้วัดชีวการแพทย์เพียงอย่างเดียว[22]

สรุป CAPD เป็นเงื่อนไขของชีวิตที่ผู้ป่วยต้องบูรณาการกับวิถีชีวิตและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง การดูแลจึงควรมุ่งสนับสนุนการปรับสมดุลชีวิต โดยพยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเสริมศักยภาพและความยั่งยืนของการดูแล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) การพยาบาลชุมชนและบริการปฐมภูมิ การดูแลผู้ป่วย CAPD ควรปรับจากการมุ่ง

ควบคุมกระบวนการรักษาทางคลินิกเพียงอย่างเดียว ไปสู่การดูแลที่ยึด “การดำรงชีวิตภายใต้การรักษาระยะยาว” เป็นศูนย์กลาง โดยบูรณาการการประเมินความสามารถในการปรับสมดุลชีวิต การคงไว้ซึ่งบทบาท และความหมายชีวิต ควบคู่กับการประเมินทางคลินิก และมองครอบครัวเป็น “หน่วยของการดูแล” เพื่อสนับสนุนการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงในชุมชน

2) นโยบายและระบบบริการสุขภาพ นโยบาย PD First ควรขยายเกณฑ์ความสำเร็จจากตัวชี้วัดทางคลินิก ไปสู่ผลลัพธ์เชิงชีวิต เช่น ความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างต่อเนื่องและการคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคม พร้อมทั้งเสริมบทบาทพยาบาลชุมชนในการติดตามต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านเชิงลึก และการเชื่อมโยงทรัพยากรในชุมชน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญต่อความยั่งยืนของการดูแลผู้ป่วย CAPD

3) การวิจัยในอนาคต ควรต่อยอดข้อค้นพบเชิงแนวคิดนี้ไปสู่การพัฒนาแบบจำลองการดูแลที่ยึด “การปรับสมดุลชีวิต” เป็นแกนกลาง รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือประเมินผลลัพธ์เชิงชีวิต และการวิจัยเชิงนโยบายที่สะท้อนประสบการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเสริมความสอดคล้องระหว่างระบบบริการสุขภาพกับบริบทการดำรงชีวิตจริงในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). Global health estimates: Chronic kidney disease. Geneva: World Health Organization;
2. United States Renal Data System. USRDS (2022) annual data report: Epidemiology of kidney disease in the United States. Bethesda (MD): National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases;.
3. Ministry of Public Health, Thailand. (2022) Thailand renal replacement therapy registry report. Bangkok: Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control;.
4. Li PK, Chow KM. (2013) Peritoneal dialysis-first policy made successful: Perspectives and actions. Am J Kidney Dis.;62(5):993–1005.
5. Brown EA, Blake PG, Boudville N, et al. (2020) International Society for Peritoneal Dialysis practice recommendations: Prescribing high-quality, goal-directed peritoneal dialysis. Perit Dial Int.;40(3):244–253.
6. Walker RC, Howard K, Tong A, Palmer SC, Marshall MR, Morton RL. (2016) The economic considerations of patients and caregivers in choice of dialysis modality. Hemodial Int.;20(4):634–642.
7. Griva K, Li ZH, Lai AY, Choong MC, Foo MW. (2018) Perspectives of patients, families, and health care professionals on decision-making in chronic kidney disease: A qualitative study. Am J Kidney Dis.;71(6):811–822.
8. Tong A, Sainsbury P, Craig J. (2008) Support interventions for caregivers of people with chronic kidney disease: A systematic review. Nephrol Dial Transplant.;23(12):3960–3965.

9. Morton RL, Tong A, Howard K, Snelling P, Webster AC. (2010) The views of patients and carers in treatment decision making for chronic kidney disease: Systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. BMJ.;340:c112.
10. Noblit GW, Hare RD. (1988) Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies. Newbury Park (CA): Sage Publications;.
11. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. (2012) Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research (ENTREQ). *BMC Med Res Methodol*.;12:181.
12. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). (2018) *CASP qualitative research checklist*. Oxford: CASP;.
13. Lewin S, Booth A, Glenton C, et al. (2018) Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings. *Implement Sci*.;13(Suppl 1):2.
14. Charmaz K. (1983) Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociol Health Illn*.;5(2):168–195.
15. Kralik D, Visentin K, van Loon A. Transition: A literature review. *J Adv Nurs*. 2006;55(3):320–329.
16. Paterson BL. (2001) The shifting perspectives model of chronic illness. *J Nurs Scholarsh*.;33(1):21–26.
17. Lorig KR, Holman H. (2003) Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*.;26(1):1–7.
18. Nordenfelt L. (2004) The varieties of dignity. *Health Care Anal*.;12(2):69–81.
19. White Y, Grenyer BF. (1999) The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: The experience of dialysis patients and their partners. *J Adv Nurs*.;30(6):1312–1320.
20. Tong A, Sainsbury P, Chadban S, Walker RG, Harris DC, Carter SM, et al. (2009) Patients' experiences and perspectives of living with CKD. *Am J Kidney Dis*.;53(4):689–700.
21. Greenhalgh T. (2015) The limits of biomedical models of illness. *BMJ*.;350:h160.
22. Engel GL. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*.;196(4286):129–136.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

Model Development for Maternal and Child Health Services Through Multi-Sectoral Network Participation in Sukhothai Province.

(Received: March 3,2026 ; Revised: March 7,2026 ; Accepted: March 28,2026)

พิมลรัตน์ ชื่นบาน[1] ยุทธนา แยบคาย[2]
Pimonrat Chuenban[1], Yutthana Yaebkai[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนผล โดยมีผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นภาคีเครือข่ายอนามัยแม่และเด็กในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบ แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง แบบบันทึกการสกัดข้อมูลจากเอกสารและฐานข้อมูลตัวชี้วัด แบบบันทึกการสังเกต เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูปหรือสมาร์ทโฟน และสมุดจดบันทึก และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 1) หลักสำคัญ 6P ได้แก่ การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ การฝากครรภ์คุณภาพ การเตรียมคลอดคุณภาพ การคลอดคุณภาพ การดูแลหลังคลอดคุณภาพ และเด็กไทยคุณภาพ และ 2) กิจกรรมสำคัญ 4 PLUS ได้แก่ ความร่วมมือและการบูรณาการ การมีส่วนร่วมของชุมชนและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลบูรณาการ และการพัฒนาทักษะและศักยภาพ ผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบอยู่ในระดับมาก ประกอบด้วยด้านความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ด้านความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง และด้านความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมาก เมื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้ ขยายผล และถอดบทเรียน พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็กให้ดีขึ้นได้อย่างมีประสิทธิผล และบูรณาการภาคีเครือข่ายอย่างมีส่วนร่วมสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตแม่และเด็กได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

คำสำคัญ: อนามัยแม่และเด็ก, ภาคีเครือข่าย, การมีส่วนร่วม

Abstracts

This participatory action research was conducted to develop a maternal and child health operational model through the active involvement of network partners in Sukhothai Province. The study was implemented in four iterative stages: planning, action, observation, and reflection. Participants were maternal and child health network partners in Sukhothai Province, purposively selected based on their roles and responsibilities, their continuous engagement throughout the research process, and their experience in maternal and child health operations in the local context. Data were collected using focus group discussion guidelines, a model quality assessment form, semi-structured interview guides, document and indicator database extraction forms, observation records, audio recorders, cameras or smartphones, and field notes. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics.

[1] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
[2] อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Corresponding author E-mail: yutthanaya@scphpl.ac.th

The findings indicated that the maternal and child health operational model with the participation of network partners in Sukhothai Province, referred to as the Sukhothai 6P PLUS model, comprises two core components. The first component is the 6P service chain, consisting of Pre-conception care (P1), Plan of antenatal care (P2), Pre-delivery care (P3), Professional delivery (P4), Postpartum care (P5), and Plan of quality child (P6). The second component is the 4 PLUS driving mechanisms, namely Partnership and integration (PLUS-1), Local community engagement and health literacy (PLUS-2), Unified data system (PLUS-3), and Skill enhancement and capacity building (PLUS-4). The overall quality assessment showed that the model performed at a high level, with usefulness rated at the highest level, feasibility and accuracy and comprehensiveness at high levels, and appropriateness at a moderate level. Furthermore, results from pilot implementation, scaling up, and lessons learned demonstrated that the Sukhothai 6P PLUS model was effective in improving maternal and child health indicators. Importantly, the participatory integration of network partners was found to contribute to sustainable improvements in the quality of life of mothers and children.

Keywords: Maternal and child health, Multi-sectoral network, Participation

บทนำ

จากการสำรวจสถานการณ์นมแม่และอนามัยแม่และเด็กในประเทศไทย พบว่า อนามัยแม่และเด็ก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย ยังคงเป็นประเด็นท้าทายที่พัฒนาทรัพยากรมนุษย์และระบบสุขภาพอย่างเร่งด่วน[1] เนื่องจากสุขภาพของสตรีในช่วงก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด รวมถึงสุขภาพและพัฒนาการของเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยปฐมวัย เป็นรากฐานสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ศักยภาพการเรียนรู้ การพัฒนาทางสติปัญญา อารมณ์ และสังคม ตลอดจนความสามารถในการดำรงชีวิตและการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว การลงทุนด้านสุขภาพแม่และเด็กจึงถือเป็นการลงทุนเชิงยุทธศาสตร์ที่ให้ผลตอบแทนสูง มีความคุ้มค่า และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและสังคมในอนาคต โดยยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ได้กำหนดเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต โดยเน้นการพัฒนาคนไทยให้มีสุขภาวะที่ดีตั้งแต่ปฐมวัย ควบคู่กับการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมผ่านการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน[2] ในขณะเดียวกัน แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ได้กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพที่มุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพมีความยั่งยืน โดยเน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่[3] ในบริบทของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ ประเทศไทยได้ประกาศใช้นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560–2569) ซึ่งมุ่งยกระดับคุณภาพการเกิดและการเจริญเติบโตของประชากรไทย โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแม่และเด็กให้มีคุณภาพ มาตรฐาน และสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน การพัฒนาระบบสวัสดิการสังคมรองรับการตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูเด็ก รวมถึงการพัฒนาระบบสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านสุขภาพ[4] สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 ซึ่งมุ่งลดอัตราการตายของมารดาและทารกแรกเกิด และส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนทุกช่วงวัย แม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการลดอัตราส่วนการตายมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง และมีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั่วประเทศภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ด้านสุขภาพแม่และเด็กยังคง

เผชิญความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะปัญหาที่มีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมสุขภาพ เช่น อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกที่ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กปฐมวัยทั้งภาวะเตี้ย แคระแกร็นและภาวะน้ำหนักเกิน รวมถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพในบางพื้นที่และกลุ่มประชากรเปราะบาง[5]

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ระดับพื้นที่ จังหวัดสุโขทัยกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางบริบทประชากรและโครงสร้างครัวเรือนอย่างชัดเจน โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20.5 และมีจำนวนการเกิดลดลงต่อเนื่องนำไปสู่รูปแบบครัวเรือนข้ามรุ่นที่เด็กต้องอยู่กับผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีข้อจำกัดด้านรายได้และทุนความรู้ด้านโภชนาการ สถานการณ์ดังกล่าวทำให้การดูแลแม่และเด็กต้องพึ่งพาระบบบริการเชิงรุกและเครือข่ายชุมชนมากกว่ารูปแบบเดิม ในมิติด้านบริการแม่และทารก พบประเด็นความเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางตั้งแต่ต้นทาง ได้แก่ 1) คุณภาพการฝากครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 79.6 พบภาวะโลหิตจางร้อยละ 25.4 และได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนร้อยละ 88.7 2) ผลลัพธ์การคลอด พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 6.4 และมีภาวะคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 8.4 และ 3) พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนอยู่ที่ร้อยละ 59.4 ขณะที่เด็กอายุ 12 เดือนมีภาวะโลหิตจางสูงถึงร้อยละ 18.5 สำหรับเด็กปฐมวัย (6–59 เดือน) ยังพบช่องว่างของระบบดูแลรายบุคคล โดยเฉพาะความครอบคลุมการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ไม่ต่อเนื่องตามเกณฑ์ร้อยละ 78.7 และการติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ไม่สม่ำเสมอในบางพื้นที่ แม้จะมีแนวทางตามมาตรฐานระดับประเทศแล้วก็ตาม[6] ซึ่งปัจจัยร่วมที่พบในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วยข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ ภาระงานของทีมปฐมภูมิและความเข้าใจเรื่องโภชนาการของผู้ดูแล โดยข้อมูลรายงานสถานการณ์สุขภาพ[6] ระบุว่าอัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ยังไม่บรรลุเป้าหมายในบางอำเภอ สะท้อนถึงอุปสรรคเชิงรับรู้และปัจจัยทางสังคม ขณะที่ปัญหาเด็กเตี้ยแคระแกร็นและภาวะน้ำหนักเกินชี้ให้เห็นถึงภาวะโภชนาการสองขั้ว โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาวัยแรงงานและครอบครัวเดี่ยว สถานการณ์เหล่านี้สะท้อนว่าปัญหาอนามัยแม่และเด็กในจังหวัดสุโขทัยเป็นปัญหาเชิงระบบที่เกี่ยวพันกับปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และความเข้มแข็งของกลไกภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ได้กำหนดนโยบายและมาตรการสำคัญในการลดอัตราการตายมารดาและยกระดับคุณภาพการดูแลสตรีและเด็ก โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตผ่านแนวทาง 4P ได้แก่ การดูแลก่อนตั้งครรภ์ การดูแลระยะตั้งครรภ์ การดูแลระยะคลอด และการดูแลระยะหลังคลอด ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยง และการทำงานร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)[7] รวมถึงการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต และการขยายผลสู่มหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย[4] โดยลักษณะการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็กประกอบด้วย ภาวะผู้นำ ทุนทางสังคม การมีส่วนร่วม และการสื่อสารอย่างเห็นใจ[8] ทั้งนี้ การปรับปรุงโครงสร้างและระบบงานของคณะกรรมการระดับจังหวัดและอำเภออย่างต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยมีระบบสารสนเทศและการคืนข้อมูลที่คล่องตัวเป็นเครื่องมือสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถดูแลหลังคลอดได้อย่างครอบคลุม ความสำเร็จของการดำเนินงานไม่ได้จำกัดเพียงบุคลากรสาธารณสุข แต่ต้องอาศัยกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นอำนาจแข็งในการบูรณาการ

ความร่วมมือควบคู่กับความสัมพันธ์ส่วนบุคคลในคณะทำงานย่อยที่เป็นอำนาจอ่อนในการขับเคลื่อนงานได้ทันท่วงทีโดยไม่ต้องรอสั่งการตามลำดับชั้น[9] อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานในจังหวัดสุโขทัยยังคงประสบข้อจำกัดสำคัญทั้งด้านการขาดรูปแบบมาตรฐานที่เป็นหนึ่งเดียว ความไม่เชื่อมโยงของฐานข้อมูลระหว่างสาธารณสุขและท้องถิ่น และระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายพหุภาคีที่ยังไม่เต็มศักยภาพ ส่งผลให้การแก้ไขปัญหายังไม่ตอบสนองต่อบริบทพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดกลไกบูรณาการเชิงนโยบาย บริการ และชุมชนให้เป็นระบบเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในด้านบทบาทภารกิจร่วม การสื่อสารส่งต่อข้อมูล และการดูแลต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตตลอดจนยังขาดการบูรณาการทรัพยากรท้องถิ่นเชิงรุก เพื่อปิดช่องว่างรอยต่อระหว่างสถานพยาบาลและชุมชนทำให้ประเด็นวิกฤต เช่น ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการทางวัฒนธรรมพื้นเมืองอีสาน[10] รูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตได้รับรางวัลดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้เทคนิค 4 ช. (ชวน เชื่อม ชื่นชม และแชร์)[11] รูปแบบและกระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมรับรู้ปัญหา ด้านการมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล[12] รูปแบบการปฏิบัติงานนมแม่และอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน[13] และรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็กในกลุ่มชาติพันธุ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน[14] แสดงให้เห็นว่าหลายรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กส่วนใหญ่ประสบความสำเร็จได้จากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ไม่สามารถดำเนินการได้โดยลำพัง และขาดการมีส่วนร่วมในบูรณาการทำงานจากทุกภาคส่วนนั้นยิ่งเป็นไปไม่ได้ อย่างไรก็ตาม หลายการศึกษาได้มุ่งเน้นการศึกษารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในกลุ่มประชากรเป้าหมายกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น แต่ยังไม่พบการศึกษารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมที่มีความเหมาะสมต่อการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กตามบริบทของพื้นที่ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) เป็นกระบวนการวิจัยที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ การกำหนดปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสะท้อนผล และการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ไม่เพียงมุ่งสร้างองค์ความรู้เชิงวิชาการ แต่ยังมุ่งสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงปฏิบัติ เสริมสร้างความเป็นเจ้าของร่วม และพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายในพื้นที่[15] เพื่อให้สามารถดูแลและเฝ้าระวังสุขภาวะของหญิงตั้งครรภ์ลดความเสี่ยงด้านสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด อันจะส่งผลต่อสุขภาพของแม่และเด็กในระยะยาว รวมถึงป้องกันมารดาและทารกเสียชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน นำไปสู่การลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต การป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ตลอดจนการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัยของเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างทุนมนุษย์ที่มีคุณภาพของสังคมในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์อนามัยและเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

3. เพื่อประเมินรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

4. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

5. เพื่อขยายผลรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

6. เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การวางแผน (Plan) ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย ทั้งในด้านนโยบาย ระบบบริการ การเข้าถึงบริการ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย จากนั้นกำหนดเป้าหมาย แนวทาง และกิจกรรมในการพัฒนาการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก

2. การปฏิบัติการ (Action) นำแผนที่กำหนดร่วมกันไปดำเนินการจริง โดยภาคีเครือข่ายแต่ละฝ่ายมีบทบาทตามหน้าที่ เช่น การให้บริการเชิงรุก การส่งต่อดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็ก การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ผู้วิจัยทำหน้าที่สนับสนุน ประสานงาน และอำนวยความสะดวกในกระบวนการดำเนินงาน

3. การสังเกต (Observation) ดำเนินการติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูลจากการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายทั้งในด้านกระบวนการ ผลลัพธ์ และบริบทที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน โดยใช้การสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารหรือรายงานที่เกี่ยวข้อง

4. การสะท้อนผล (Reflection) สะท้อนผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ความสำเร็จ ปัญหา และข้อจำกัดของการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อนำบทเรียนที่ได้ไปปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานและพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรคือ ภาคีเครือข่ายอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยผู้แทนศาลากลางจังหวัด ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนสำนักงานศึกษาธิการจังหวัด ผู้แทนสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ผู้แทนสำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด ผู้แทนสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัด ผู้แทนของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ผู้แทนของที่ว่าการอำเภอทุกอำเภอในจังหวัด ผู้แทนของเทศบาลเมือง ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้แทนโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด ผู้แทนภาควิชาการ ผู้แทนภาคศาสนา ผู้แทนภาคประชาชน ผู้แทนภาคเอกชน ผู้แทนภาคประชาสังคม ผู้แทนภาคสื่อมวลชน ผู้แทนชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับจังหวัดและระดับอำเภอทุกอำเภอ และผู้แทนกลุ่มหญิงตั้งครรภ์หรือครอบครัวที่มีมารดาและเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

2. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคือ ภาคีเครือข่ายอนามัยแม่และเด็ก จำนวน 483 คน ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด จำนวน 152 คน และภาคีเครือข่ายอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ จำนวน 331 คน

3. การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคือการคัดเลือกภาคีเครือข่ายอนามัยแม่และเด็กจากวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยพิจารณาจากบทบาท หน้าที่ การมีส่วนร่วม ตลอดกระบวนการวิจัย และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ในจังหวัดสุโขทัย

4. เกณฑ์การคัดเข้าคือ มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย และยินดีให้ข้อมูล

5. เกณฑ์การคัดออกคือ มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน และไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม โดยมุ่งให้อธิบายประสบการณ์ตรง บทบาทหน้าที่ กลไกการทำงานร่วมกัน ปัจจัยเอื้อ/อุปสรรค รวมทั้งข้อเสนอเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบ

2. แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบ ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ ประเภทของภาคีเครือข่าย เพศ และอายุ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง และส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากเกณฑ์มาตรฐานทางการศึกษา จำนวน 4 หมวดมาตรฐาน ได้แก่ ด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุม[16] เป็นแบบประเมินชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 16 ข้อ การแปลความหมายคะแนนคุณภาพของรูปแบบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ[17] ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง คุณภาพของรูปแบบอยู่ในระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง คุณภาพของรูปแบบอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง คุณภาพของรูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง คุณภาพของรูปแบบอยู่ในระดับมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง คุณภาพของรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน เท่ากับ 0.93

3. แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง เป็นแนวคำถามกำหนดประเด็นที่ศึกษาอย่างหลวม ๆ เพื่อเปิดโอกาสให้ได้อธิบายรายละเอียดเชิงลึกตามประสบการณ์จริง ครอบคลุมประเด็นสถานการณ์และเงื่อนไขบริบทของการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก บทบาทและกลไกการบูรณาการของภาคีเครือข่าย กระบวนการพัฒนา/ประเมิน/ทดลองใช้/ขยายผลของรูปแบบ ตลอดจนการสะท้อนบทเรียน ปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และข้อเสนอเชิงระบบเพื่อความยั่งยืน

4. แบบบันทึกการสกัดข้อมูลจากเอกสารและฐานข้อมูลตัวชี้วัด เป็นแบบบันทึกสำหรับการรวบรวมและสกัดข้อมูลจากเอกสาร/รายงานที่เกี่ยวข้อง และฐานข้อมูลตัวชี้วัดด้านอนามัยแม่และเด็กของจังหวัด เช่น รายงานผลการดำเนินงาน รายงานการประชุม แผน/คำสั่ง/แนวทางปฏิบัติ และข้อมูลตัวชี้วัดจากระบบฐานข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

5. แบบบันทึกการสังเกต ใช้แนวทางหรือแบบบันทึกการสังเกตสำหรับบันทึกข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงระหว่างการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบทั้งในช่วงทดลองใช้และช่วงขยายผล

6. ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย เป็นเครื่องมือในการศึกษา โดยต้องเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้และทักษะทั้งทางด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม องค์ความรู้ด้านอนามัยแม่และเด็ก และระบบบริการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนทักษะการอำนวยกระบวนการมีส่วนร่วม

7. เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป หรือสมาร์ทโฟน ปากกา หรือดินสอ และสมุดจดบันทึก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ ได้แก่ 1) การขออนุญาตและการประสานงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 2) การชี้แจงวัตถุประสงค์และสร้างสัมพันธภาพกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 3) การพิทักษ์สิทธิผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและการคุ้มครองข้อมูล และ 4) การเตรียมเครื่องมือและแบบบันทึกให้สอดคล้องกับขั้นตอนการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการ ได้แก่ 1) วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม 2) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เวทีระดม

ความคิดเห็นร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และใช้แนวทางการสนทนากลุ่มเป็นกรอบชี้นำประเด็น 3) ประเมินรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม โดยประเมินคุณภาพรูปแบบ เพื่อยืนยันความเหมาะสมของรูปแบบก่อนนำไปใช้จริงในพื้นที่ 4) ทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม โดยดำเนินงานจริงในพื้นที่นำร่อง 5) ขยายผลรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม เมื่อรูปแบบมีความชัดเจนและผ่านการปรับปรุงจากผลการทดลองใช้ โดยติดตามการขยายผลในระดับพื้นที่ที่กำหนด และ 6) ถอดบทเรียนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม โดยเน้นการรวบรวมประสบการณ์ตรงจากภาคีเครือข่ายผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกต ประกับการทบทวนเอกสาร หลักฐานกิจกรรม และข้อมูลตัวชี้วัดประกอบการยืนยันประเด็นสำคัญ เพื่อเพิ่มความแน่นและความถูกต้องของข้อสรุปจากการถอดบทเรียน

3. ขั้นการจัดการข้อมูลภาคสนามและการควบคุมคุณภาพข้อมูล ได้แก่ 1) บันทึกข้อมูลและการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ และ 2) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งและหลายวิธี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. การวิเคราะห์ผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

3. การวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารและรายงานและตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและความสอดคล้องของนิยามตัวชี้วัด/ช่วงเวลา 2) สรุปข้อมูลเชิงระบบเป็นตาราง/ข้อความตามช่วงเวลาที่กำหนด 3)เปรียบเทียบตัวชี้วัด ก่อน–หลังการทดลองใช้/การขยายผลตามช่วงเวลาที่กำหนด และ 4) นำผลการวิเคราะห์เชิงตัวชี้วัดไปเทียบเคียงกับข้อมูลเชิงคุณภาพ

จริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ได้พิจารณาและรับรองโครงการวิจัยเลขที่ COA No. 111/2024 เอกสารรับรองเลขที่ IRB No. 105/2024 ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2567 วิธีทบทวนแบบเร่งรัด

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์อนามัยและเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมจังหวัดสุโขทัย

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพปัญหาและสถานการณ์อนามัยและเด็กตามกรอบห่วงโซ่คุณภาพ (6P) ดังนี้

1. P1 การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ (Pre-conception care) พบช่องว่างสำคัญในมิติเชิงรุก โดยหญิงวัยเจริญพันธุ์เข้าถึงบริการคัดกรองความพร้อมในสัดส่วนที่ต่ำ และยังขาดการเชื่อมโยงเครือข่ายที่บูรณาการงานวางแผนครอบครัวเข้ากับงานอนามัยแม่และเด็กส่งผลให้ความรู้เรื่องการเสริมกรดโฟลิกและธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะความพิการแต่กำเนิดยังไม่ถูกถ่ายทอดอย่างครอบคลุม

2. P2 การฝากครรภ์คุณภาพ (Antenatal care: ANC) จังหวัดสุโขทัยมีจุดแข็งเชิงประจักษ์ในการเข้าถึงบริการ โดยหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์สูงกว่าเป้าหมายต่อเนื่อง ร้อยละ 79.6 ในปี 2567 อย่างไรก็ตามกลับพบปัญหาช่องว่างของการรักษาผู้รับบริการไว้ในระบบ โดยความครอบคลุมของการดูแลครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 72.0 และพบวิกฤตภาวะโลหิตจางที่เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 22.6 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี 2567 ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

3. P3 การเตรียมคลอดคุณภาพ (Pre-delivery care) พบข้อจำกัดในตัวชี้วัดทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm) ที่ร้อยละ 8.4 ในปี 2567 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ขณะที่สัดส่วนการได้รับยาเม็ดไอโอดีนลดลงเหลือร้อยละ 84.7 สะท้อนถึง

จุดอ่อนของระบบเฝ้าระวังและแผนการดูแลรายบุคคลในระดับชุมชนที่ยังขาดความเป็นเอกภาพ

4. P4 การคลอดคุณภาพ (Professional delivery) แม้จังหวัดสุโขทัยจะสามารถรักษามาตรฐานอัตราตายทารกแรกเกิด (≤28 วัน) เป็นศูนย์ในปี 2567 แต่อุบัติการณ์ที่เป็นสัญญาณเตือนระดับวิกฤตคือ อัตราตายมารดา ในปี 2567 ที่พุ่งสูงขึ้นเป็น 39.1 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ชี้ให้เห็นถึงจุดอ่อนในระบบประสานงานข้ามระดับบริการและขีดความสามารถในการจัดการภาวะวิกฤตการคลอดฉุกเฉิน

5. P5 การดูแลหลังคลอดคุณภาพ (Postpartum care) ตัวชี้วัดการเยี่ยมหลังคลอดครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์มีแนวโน้มลดลงจนเหลือร้อยละ 69.9 (ปี 2567) ส่งผลกระทบเชิงระบบต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ที่ในบางพื้นที่มีสัดส่วนต่ำเพียงร้อยละ 33.8 อันเนื่องมาจากขาดระบบการดูแลต่อเนื่องในระยะรอยต่อระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน

6. P6 เด็กไทยคุณภาพ (Quality child) สถานการณ์ทางโภชนาการอยู่ในภาวะวิกฤตซ้อนทับ โดยมีเด็กสูงดีสมส่วนเพียงร้อยละ 52.2 และเผชิญกับปัญหาภาวะเตี้ย ร้อยละ 13.2 ควบคู่ไปกับภาวะอ้วน ร้อยละ 12.2 ในขณะที่พัฒนาการสมวัยตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีแนวโน้มถดถอยลงเหลือร้อยละ 86.0 ในปี 2567 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 87.0

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

1. หลักการและแนวคิดพื้นฐานของรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย (Sukhothai 6P PLUS model) อยู่บนรากฐานแนวคิดเด็กเป็นศูนย์กลางและครอบครัวเป็นฐาน โดยมีหลักการสำคัญ 3 ประการคือ 1) การดูแลตามห่วงโซ่ช่วงชีวิตอย่างต่อเนื่อง เชื่อมประสานรอยต่อของบริการตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์จนถึงปฐมวัย 2) การขับเคลื่อนด้วยภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและร่วมรับผิดชอบผลลัพธ์ และ 3) การบริหารจัดการบนฐานข้อมูลตัวชี้วัด ใช้ข้อมูลตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือจัดการ ไม่ใช่เพียงข้อมูลรายงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำรายพื้นที่ โดยออกแบบให้บริการสุขภาพดำเนินงานควบคู่ไปกับการจัดการเชิงสังคม เพื่อให้การดูแลสุขภาพเข้าสู่พื้นที่ชีวิตประจำวันของครอบครัวอย่างแท้จริง

2. โครงสร้างของรูปแบบ กำหนดให้ 6P เป็นหลักสำคัญ และ PLUS เป็นกิจกรรมสำคัญ โดยมีโครงสร้างรูปแบบประกอบด้วย 2 ส่วนที่ทำงานเสริมแรงกันอย่างเป็นพลวัต ดังนี้

2.1 หลักสำคัญ 6P (Service chain) กำหนดเป็นเส้นทางการดูแลที่ทุกภาคีเครือข่ายเข้าใจตรงกัน โดยมีชุดกิจกรรมหลัก ดังนี้

2.1.1 P1 การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ (Pre-conception care) เน้นการคัดกรองความเสี่ยงสุขภาพ (โรคเรื้อรังและภาวะโภชนาการ) และพฤติกรรมสุขภาพผ่านกลไกอาสาสมัคร/แม่อาสา เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่ต้นน้ำ

2.1.2 P2 การฝากครรภ์คุณภาพ (Plan of antenatal care: ANC) พัฒนาระบบค้นหาหญิงตั้งครรภ์ใหม่เชิงรุกในชุมชนผ่านช่องทางเร่งรัด (Fast-track ANC) ก่อน 12 สัปดาห์ และมาตรการจัดการภาวะโลหิตจางที่ติดตามการกินยาและโภชนาการรายบุคคลอย่างเข้มข้น

2.1.3 P3 การเตรียมคลอดคุณภาพ (Pre-delivery care) จัดการหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและเสริมความพร้อมครอบครัว โดยภาคีท้องถิ่นสนับสนุนพาหนะและระบบฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกล

2.1.4 P4 การคลอดคุณภาพ (Professional delivery) ยกระดับห้องคลอดคุณภาพและใช้ข้อมูลจากระยะฝากครรภ์มาวางแผนคลอดร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของแม่และทารก

2.1.5 P5 การดูแลหลังคลอดคุณภาพ (Postpartum care) ออกแบบระบบเยี่ยมหลัง

คลอดแบบร่วมระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และแม่อาสา ครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวผ่านการแก้ปัญหาเชิงปฏิบัติในบ้าน

2.1.6 P6 เด็กไทยคุณภาพ (Plan of quality child) ใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนเป็นฐานคัดกรองโภชนาการและพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และผลักดันวาระสูงดีสมส่วนผ่านการจัดการเมนูอาหารและพื้นที่เล่นในชุมชน

2.2 กิจกรรมสำคัญ 4 PLUS (Enabling and governance mechanisms) เป็นกลไกที่หนุนเสริมให้หลักสำคัญ 6P (Service chain) ดำเนินงานได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ โดยมีชุดกิจกรรมหลัก ดังนี้

2.2.1 PLUS-1 ความร่วมมือและการบูรณาการ (Partnership and integration) สร้างโครงสร้างความร่วมมือและเวทีตัดสินใจร่วมระดับอำเภอและตำบล เพื่อเชื่อมเป้าหมายร่วม จัดการปัญหาข้ามหน่วยงานแบบไร้รอยต่อ และบูรณาการงานแม่และเด็กเข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) อย่างต่อเนื่อง

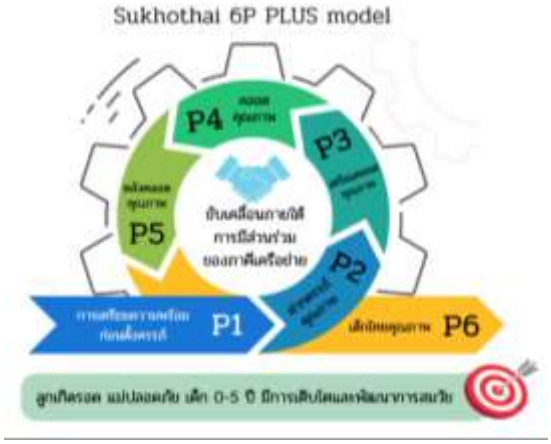
2.2.3 PLUS-2 การมีส่วนร่วมของชุมชนและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Local community engagement and health literacy) ยกระดับความรอบรู้ของครอบครัวผ่านชุดสื่อสารที่เหมาะสม และใช้แม่อาสาเป็นผู้ประสานความรู้ เพื่อให้ครอบครัวเห็นคุณค่าของตัวชี้วัดสุขภาพ

2.2.4 PLUS-3 ระบบข้อมูลบูรณาการ (Unified data system) พัฒนาระบบข้อมูลแม่และเด็กชุดเดียวกันในระดับพื้นที่ เพื่อใช้คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและติดตามรายกรณีช่วยให้ภาคีตัดสินใจบนฐานหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.5 PLUS-4 การพัฒนาทักษะและศักยภาพ (Skill enhancement and capacity building) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรและเครือข่ายในเรื่องเฉพาะด้าน เช่น การคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การจัดการภาวะโลหิตจาง และการให้คำปรึกษานมแม่เชิงลึก

3. บทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนรูปแบบ (Role mapping) เพื่อให้รูปแบบนำไปใช้ได้จริง ได้แก่ 1) ระดับจังหวัด ได้กำหนดทิศทางนโยบายและสนับสนุนทรัพยากร/วิชาการ เพื่อให้ทุกพื้นที่ใช้ภาษาตัวชี้วัดเดียวกัน 2) ระดับอำเภอ เป็นศูนย์กลางประสานข้อมูล จัดระบบส่งต่อ และจัดการกลุ่มเสี่ยงสูง (แม่เสี่ยง/เด็กเสี่ยง) และ 3) ระดับตำบล เป็นฐานปฏิบัติการเชิงรุก ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) และชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/แม่อาสา/ผู้นำชุมชน เป็นผู้ติดตามรายกรณีในครัวเรือน

4. ชุดเครื่องมือปฏิบัติการ (Operational package) เพื่อใช้ขับเคลื่อนรูปแบบในพื้นที่ ประกอบด้วย 1) แผนปฏิบัติการ 6P ระดับตำบล 2) KPI Dashboard รายตำบล 3) ระบบติดตามรายกรณี 4) ชุดสื่อความรอบรู้ (MCH literacy kit) และ 5) แนวทางประสานงานร่วม 3 หน่วยงาน เครื่องมือเหล่านี้ช่วยเปลี่ยนจากการทำงานแบบโครงการระยะสั้นมาสู่ระบบที่ยั่งยืน ดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย (Sukhothai 6P PLUS model)

การประเมินรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

ผลการประเมินรูปแบบในภาพรวมมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.86, S.D. = 0.78) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.24, S.D. = 0.63) ด้านความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.91, S.D. = 0.74) ด้านความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.38, S.D. = 0.81) และด้านความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.84, S.D. = 0.77)

การทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

คัดเลือกพื้นที่นำร่องที่มีบริบทแตกต่างกัน จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ กงไกรลาศ ศรีสัชนาลัย และสวรรคโลก เพื่อทดลองใช้รูปแบบในสถานการณ์จริง เป็นระยะเวลา 6 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดเชิงปริมาณเปรียบเทียบก่อนดำเนินการ (ปี 2567) และหลังการดำเนินการ (ปี 2568) พบว่า พื้นที่สามารถรักษาอัตราตายมารดาไว้ที่ศูนย์ได้ และตัวชี้วัดด้านพัฒนาการเด็กมีแนวโน้มดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดด้านโภชนาการ เช่น ภาวะเตี้ย และภาวะสูงดีสมส่วน ยังเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานเชิงบูรณาการทั้งในระดับหน่วยบริการสุขภาพ ชุมชน และครัวเรือน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในหลายตัวชี้วัด แต่ระดับของผลลัพธ์ยังแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ และจำเป็นต้องมีการปรับกลยุทธ์การดำเนินงานให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาเฉพาะของแต่ละอำเภอ ดังนี้

1. อำเภอกงไกรลาศ มีผลการดำเนินงานที่แสดงถึงความก้าวหน้าอย่างชัดเจน โดยเฉพาะตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์สุขภาพที่สำคัญคือ อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางลดลงจากร้อยละ 18.5 เหลือเพียงร้อยละ 5.9 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ และอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงจากร้อยละ 13.9 เหลือเพียงร้อยละ 2.3 ในขณะเดียวกัน สามารถรักษาอัตราตายมารดาไว้ที่ศูนย์ได้ ในด้านพัฒนาการเด็ก พบว่า สัดส่วนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 86.3 เป็นร้อยละ 91.3 สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงวัยเด็กตอนต้น แสดงให้เห็นว่าพื้นที่สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็กเป็นรายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพร่วมกับการทำงานเชิงรุกของเครือข่ายแม่อาสาในพื้นที่ส่งผลให้สามารถค้นหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที

2. อำเภอสวรรคโลก เป็นพื้นที่ที่สามารถรักษาระดับการเข้าถึงบริการไว้ได้ในระดับที่ดี โดยอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ยังคงอยู่ในระดับสูง (จากร้อยละ 87.3 เป็นร้อยละ 85.0) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และการได้รับการดูแลก่อนคลอดครบตามเกณฑ์ยังอยู่ในระดับใกล้เคียงเดิม ในด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า สัดส่วนเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.4 เป็นร้อยละ 89.3 และมีอัตราการคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นถึงผลของการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ ซึ่งช่วยสนับสนุนให้การดูแลเด็กปฐมวัยมีความครอบคลุมและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

3. อำเภอศรีสัชนาลัย มีผลการดำเนินงานที่แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าในเชิงกระบวนการบริการ โดยอัตราการได้รับยาเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.3 เป็นร้อยละ 95.6 แสดงให้เห็นว่าพื้นที่สามารถขยายความครอบคลุมของบริการได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่า ยังมีประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ โดยเฉพาะภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.1 เป็นร้อยละ47.7 รวมทั้งอัตราการคลอดก่อนกำหนดที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.0 เป็นร้อยละ 10.6 และสัดส่วนเด็กอายุ 0–6 เดือนที่กินนมแม่อย่างเดียว

ลดลง สะท้อนให้เห็นว่าแม้การเข้าถึงบริการจะดีขึ้นแต่ยังจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองในระดับครอบครัวและชุมชนควบคู่ไปด้วย

การขยายผลรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

ภายหลังดำเนินงานในพื้นที่นำร่องประสบผลสำเร็จได้ขยายผลรูปแบบไปสู่พื้นที่อื่นในจังหวัดสุโขทัย ภายใต้กรอบการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จำนวน 6 อำเภอ ได้แก่ เมืองสุโขทัย บ้านด่านลานหอย คีรีมาศ ศรีสำโรง ศรีนคร และทุ่งเสลี่ยม พบว่า การขยายผลรูปแบบส่งผลให้จังหวัดสุโขทัยสามารถธำรงรักษาอัตราตายมารดาไว้ที่ศูนย์ในปี 2568 ได้อย่างต่อเนื่อง และทำให้สัดส่วนเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัยในภาพรวมของจังหวัดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90.3 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ สะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของระบบงานอนามัยแม่และเด็กในระดับจังหวัดทั้งในเชิงโครงสร้างและเชิงผลลัพธ์ อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์เชิงพื้นที่ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการขยายผลรูปแบบเดียวกันไปสู่บริบทที่แตกต่างกันก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่สม่ำเสมอ โดยพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งของเครือข่ายและมีการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม เช่น อำเภอศรีสำโรงและศรีนคร สามารถแปลงกลไกเชิงกระบวนการไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิผลมากกว่า ในขณะที่พื้นที่ที่มีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างหรือมีความเปราะบางของระบบการเข้าถึงบริการ เช่น อำเภอบ้านด่านลานหอยและทุ่งเสลี่ยม ยังจำเป็นต้องได้รับการเสริมความเข้มข้นของมาตรการเชิงรุกและการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ตัวชี้วัดด้านโภชนาการเด็กโดยเฉพาะสัดส่วนเด็กสูงดีสมส่วนและภาวะเตี้ยยังคงสะท้อนข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่ต้องอาศัยการขับเคลื่อนเชิงบูรณาการในระยะยาวทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพควบคู่กันไป ทั้งนี้ เพื่อให้เห็นภาพเชิงลึกของพลวัตการเปลี่ยนแปลงในแต่ละบริบทพื้นที่

การถอดบทเรียนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม จังหวัดสุโขทัย

1. กระบวนการจัดการความรู้และการปิดช่องว่างความต่อเนื่องของบริการ การดำเนินงานภายใต้รูปแบบทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ โดยร่วมกันทบทวนและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเชิงระบบในพื้นที่นำร่อง เพื่อสกัดบทเรียนจากปัจจัยความสำเร็จที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดสำคัญ เช่น การลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอกงไกรลาศ กระบวนการดังกล่าวไม่ได้มุ่งเพียงการสรุปผลเชิงเทคนิคแต่ให้ความสำคัญกับการรวบรวมประสบการณ์จากผู้ปฏิบัติงานและชุมชน เพื่อนำไปสังเคราะห์เป็นข้อค้นพบเชิงระบบและใช้เป็นฐานข้อมูลในการปรับปรุงการดำเนินงานในระยะต่อไป โดยการพัฒนานวัตกรรมการติดตามดูแลมารดาหลังคลอดแบบ 1:3:7 ซึ่งกำหนดให้มีการเยี่ยมโดยแม่อาสาในวันที่ 1 และวันที่ 3 หลังกลับจากโรงพยาบาล และให้พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าประเมินซ้ำในวันที่ 7 แนวทางดังกล่าวช่วยลดช่องว่างของความต่อเนื่องในการดูแล ทำให้สามารถติดตามภาวะเสี่ยงของมารดาและทารกได้อย่างใกล้ชิด และส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวและการดูแลหลังคลอดมีความต่อเนื่องและมีคุณภาพมากขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

2. การยกระดับการอภิบาลระบบสุขภาพและการอุดหนุนทรัพยากรในท้องถิ่น ซึ่งการยกระดับกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยการสร้างความร่วมมือข้ามภาคส่วนผ่านเวทีประสานงานระดับตำบลทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อเป้าหมายด้านสุขภาพแม่และเด็กอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้งานอนามัยแม่และเด็กก้าวพ้นจากการเป็นภารกิจของหน่วยงานสาธารณสุข

เพียงฝ่ายเดียวไปสู่การเป็นวาระสำคัญของท้องถิ่น ควบคู่กับการผนวกตัวชี้วัดด้านแม่และเด็กเข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น ซึ่งเอื้อต่อการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น การสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดหาอาหารเสริมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีดในอำเภอกงไกรลาศ และการสนับสนุนสื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กในอำเภอศรีสำโรง สะท้อนให้เห็นว่าความยั่งยืนของรูปแบบไม่ได้ขึ้นอยู่กับความทุ่มเทของบุคลากรเพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องอาศัยการจัดวางกลไกเชิงนโยบายและงบประมาณในระดับท้องถิ่นควบคู่กันไปอย่างเป็นระบบ

3. นวัตกรรมการจัดการข้อมูลและการติดตามรายกรณี การพัฒนาระบบข้อมูลภายใต้รูปแบบสะท้อนการเปลี่ยนผ่านจากการใช้ข้อมูลเพื่อการรายงานผลไปสู่การใช้ข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการเชิงระบบ โดยการเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ทุกภาคส่วนสามารถใช้ข้อมูลชุดเดียวกันในการติดตามกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยงเป็นรายกรณีได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การวางแผน การติดตาม และการแก้ไขปัญหามีความแม่นยำและสอดคล้องกันมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การนำข้อมูลกลับคืนสู่ชุมชนในรูปแบบที่เข้าใจง่าย เช่น สรุปสถานการณ์และแผนภาพตัวชี้วัดรายตำบล ยังช่วยเสริมสร้างความเข้าใจร่วมของผู้นำชุมชนและเครือข่ายอาสาสมัคร ทำให้การจัดการปัญหาในระดับพื้นที่ตั้งอยู่บนฐานข้อมูลจริง และขับเคลื่อนด้วยการมีส่วนร่วมมากกว่าการปฏิบัติตามแนวทางจากส่วนกลางเพียงอย่างเดียว

4. การประเมินสัมฤทธิ์ผลและความพึงพอใจเชิงบูรณาการทุกระดับ ผลการประเมินในภาพรวมสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบได้รับการยอมรับและสร้างความพึงพอใจจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ โดยเฉพาะในด้านความใกล้ชิดและความต่อเนื่องในการดูแลผ่านกลไกแม่อาสา ซึ่งช่วยลดระยะห่างระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพ และเสริมสร้างความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในระยะยาว พร้อมกันนี้ การสังเคราะห์บทเรียนร่วมกันของภาคีเครือข่ายชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จของรูปแบบไม่ได้เกิดจากทรัพยากรหรือเครื่องมือเพียงอย่างเดียว หากแต่เกิดจากความเข้มแข็งของเครือข่ายของอาสาสมัครในพื้นที่ การพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน และการมีภาวะผู้นำในระดับอำเภอที่สามารถบูรณาการการทำงานข้ามหน่วยงานได้อย่างต่อเนื่องและเป็นเอกภาพ ซึ่งถือเป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างที่สนับสนุนให้รูปแบบสามารถขยายผลและดำรงอยู่ได้อย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีสาระสำคัญทั้งเชิงทฤษฎีและเชิงระบบบริการที่สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพและความต่อเนื่องของการดูแลขององค์การอนามัยโลก โดยยกระดับจากการดำเนินงานที่มีหน่วยบริการสุขภาพเป็นศูนย์กลางไปสู่การดำเนินงานแบบเครือข่ายร่วมรับผิดชอบผลลัพธ์ ผ่านกลไกทั้งเชิงโครงสร้างและกระบวนการที่ทำให้ทุกภาคีมีบทบาทที่ชัดเจน[18] ซึ่งแก่นของการพัฒนารูปแบบปรากฏอย่างเด่นชัดใน 2 มิติที่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างสมดุล ประกอบด้วย 1) มิติทางคลินิกและวิชาชีพที่ยึดมาตรฐานการบริการและตัวชี้วัดเป็นหลัก ได้แก่ การฝากครรภ์คุณภาพ การป้องกันภาวะโลหิตจางความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การเยี่ยมหลังคลอด และการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และ 2) มิติทางสังคมและการมีส่วนร่วมที่ใช้พลังของภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อปิดช่องว่างที่ระบบบริการปกติดำเนินการได้อย่างจำกัด เช่น การค้นหาเชิงรุก การติดตามการรับประทานยาและภาวะโภชนาการรายบุคคล การเยี่ยมบ้านเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงปฏิบัติ และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ พิมพาสอน และยุทธนา แยบคาย[14] พบว่า รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็กในกลุ่มชาติพันธุ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ 1) การให้สุข

ศึกษาและความรู้ 2) การประยุกต์ใช้ความรู้ดั้งเดิมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) การแก้ไขความเชื่อทางวัฒนธรรมและสร้างความเข้าใจใหม่ 4) การเพิ่มเข้าถึงบริการสุขภาพแม่และเด็กในพื้นที่ห่างไกล 5) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ 6) การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหา และสอดคล้องกับการศึกษาของพิมลรัตน์ ชื่นบาน และยุทธนา แยบคาย[13] พบว่า รูปแบบการปฏิบัติงานนมแม่ และอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ 1) การสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา 2) การสร้างความรู้ความเข้าใจ 3) การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด 4) การดูแลสุขภาพของเด็ก 5) การส่งเสริมและสนับสนุน และ 6) การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย[13] โดยปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็กอยู่ในระดับปานกลาง แรงจูงใจในการส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็ก และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความแปรปรวนของการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็กได้ ร้อยละ 46.3[19]

ในเชิงกระบวนการรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ดำเนินการเป็นวงจรหมุนเวียนทำให้องค์ความรู้จากพื้นที่ถูกแปลงเป็นชุดปฏิบัติการที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของจังหวัด และสามารถกำหนดมาตรการเฉพาะประเด็นได้ เช่น ระบบค้นหาและแจ้งเตือนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่เชิงรุก ช่องทางเร่งรัดการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ การติดตามและจัดการภาวะโลหิตจางแบบรายบุคคล ระบบการเยี่ยมหลังคลอดร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่ายแม่อาสา ตลอดจนการใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนเป็นฐานในการคัดกรองภาวะโภชนาการและพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อย่างไรก็ตาม รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีจุดเน้นที่กิจกรรมสำคัญ 4 PLUS โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมือและการบูรณาการ (PLUS-1) ซึ่งดึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาเป็นหุ้นส่วนหลักในการขับเคลื่อนงาน โครงสร้างดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการอภิบาลแบบพหุภาคี[20] ที่พบว่า การกระจายอำนาจการตัดสินใจไปยังศูนย์กลางย่อยหลายแห่ง เช่น ระดับท้องถิ่นและชุมชน เป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการจัดการกับวิกฤตที่มีความซับซ้อนมากกว่าการสั่งการจากศูนย์กลางเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ การใช้ระบบข้อมูลบูรณาการ (PLUS-4) ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Tanantong & Wongras[21] ที่พบว่า โครงสร้างพื้นฐานทางดิจิทัลที่ออกแบบให้มีความสะดวกในการใช้งานและสามารถเชื่อมโยงกันได้เป็นปัจจัยสำคัญสูงสุดในการขับเคลื่อนองค์กรสมัยใหม่ ในทำนองเดียวกัน กุนทินี กุสโร[10] ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการทางวัฒนธรรมพื้นเมืองอีสาน ได้แก่ นวัตกรรมเตือนช่วง (เทคโนโลยี) นวัตกรรมห่วงครรภ์ (วิถีพุทธ) และ 3) นวัตกรรมดันพร้อม (สุดยอดมาตรฐาน) และสอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี กลิ่นแมน และธัญยธรณ์ รุจิรัตน์ธีรกุล[12] ได้พัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า รูปแบบและกระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในภาพรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การปฏิบัติ การรับรู้ปัญหา การติดตามประเมินผล และการคิดวิเคราะห์ โดยมีประสิทธิผลในการเสริมสร้างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ไปบูรณาการในการกำหนดเป็นนโยบายและแนวทางมาตรฐานการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ และใช้เป็นต้นแบบในการขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

1.2 ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนผ่านการสนับสนุนทรัพยากร

และงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พร้อมทั้งเชื่อมโยงเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติงานกับการประเมินผลเพื่อการเชิดชูเกียรติภาคีเครือข่ายที่มีผลงานดีเด่น

1.3 ควรกำหนดกลไกกำกับติดตามระดับจังหวัดในรูปแบบคณะทำงานพหุภาคีที่มีอำนาจหน้าที่ชัดเจนด้านกำหนดทิศทาง กำกับมาตรฐาน ติดตามผลลัพธ์ และทบทวนแก้ไขปัญหาเชิงระบบ

1.4 ควรกำหนดชุดตัวชี้วัดร่วมขั้นต่ำที่ครอบคลุมผลลัพธ์สำคัญและกระบวนการบริการที่เป็นจุดคอขวดของระบบอนามัยแม่และเด็ก พร้อมทั้งจัดให้มีการคืนข้อมูลเชิงวิเคราะห์สู่พื้นที่เพื่อใช้ปรับปรุงบริการและจัดการความเสี่ยงรายกรณีอย่างเป็นระบบ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 ควรนำกระบวนการพัฒนาศักยภาพที่ใช้ระบบพี่เลี้ยงและการนิเทศติดตามงานแบบกัลยาณมิตรไปขับเคลื่อนการดำเนินงานจริงในระดับตำบล เพื่อเสริมสร้างทักษะเฉพาะด้านที่จำเป็นในการดูแลมารดาและทารกที่มีภาวะเสี่ยง

2.2 ควรนำระบบการสื่อสารและฐานข้อมูลสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นเครื่องมือหลักในการเฝ้าระวัง ติดตาม และบริหารจัดการดูแลสุขภาพรายกรณี

2.3 ควรพัฒนากระบวนงานส่งต่อและติดตามต่อเนื่องรายกรณีให้ชัดเจนตั้งแต่การคัดกรองความเสี่ยง การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล การส่งต่อ และการติดตามหลังส่งต่อ พร้อมเชื่อมการดูแลต่อเนื่องกับภาคประชาชนและชุมชน

2.4 ควรจัดเวทีเรียนรู้ร่วมเชิงปฏิบัติเป็นระยะ ๆ โดยใช้ประสบการณ์จริงจากหน้างานร่วมกับข้อมูลสะท้อนปัญหาเฉพาะพื้นที่ เพื่อกำหนดมาตรการที่นำไปดำเนินการได้ทันทีในรอบถัดไป

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรศึกษาติดตามผลในระยะยาวของรูปแบบในบริบทที่หลากหลายควบคู่กับทดลองใช้ในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมและลักษณะทางกายภาพที่แตกต่างกัน

3.2 ควรศึกษาเชิงลึกด้านปัจจัยกำหนดความสำเร็จ พฤติกรรมเครือข่าย ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม แรงจูงใจภายใน และอุปสรรคในการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายในภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุข

3.3 ควรประเมินสัมฤทธิ์ผลทางสุขภาพเชิงประจักษ์ และการยกระดับคุณภาพชีวิตของแม่และเด็กที่ครอบคลุมมิติการเจริญเติบโต ภาวะโภชนาการ และระดับพัฒนาการเด็กในระยะยาว

3.4 ควรพัฒนานวัตกรรมดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานเชิงรุก และศึกษาเชิงวิเคราะห์เกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติและนโยบายของรัฐที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการทำงานข้ามหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานฉบับสมบูรณ์การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565: รายงานสรุปผลที่สำคัญ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
2. ประกาศเรื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 - 2580). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135, ตอนที่ 82 ก (ลงวันที่ 13 ตุลาคม 2561).
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) ด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
4. กรมอนามัย. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560–2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. กรมอนามัย, องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. การประเมินผลระหว่างการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565.
6. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เขตสุขภาพที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/sti/public/standard-subcatalog/1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5.

7. กรมอนามัย. แผนปฏิบัติการกองแผนงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
8. ประเวศ หมีดเส็น, มูฮัมหมัดฟาห์มี ตาเละ, รุวัยดา บุญเทียม. การมีส่วนร่วมของกลุ่มองค์กรไม่แสวงหากำไรต่อการแก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์. 2565;11(5):R40–R51.
9. นัทธมนวรรณ ยิ่งเจริญสุข, ศศิพร โลจายะ, สุจิตรา โอฬารกิจวานิช, ประกาศ เปล่งพานิชย์. การพัฒนาตัวแบบงานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับกลไก MCH Board ระดับจังหวัดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการงานอนามัยแม่และเด็กและลดมารดาตายจังหวัดปทุมธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563–2564. วารสารสหศาสตร์. 2564;21(1):220–237.
10. กุนทินี กุสโร. รูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการทางวัฒนธรรมพื้นเมืองอีสาน ตำบลโพนทราย อำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(2):262–270.
11. เกษแก้ว เกตุพันธ์, ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต, นภัชชล รอดเที่ยง, ไปยดา วิรัศมี, สิรินทร์ฉัตร์ มีแวว, สุกานดา ฟองเมือง. รูปแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต กรณีศึกษาอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. 2567;12(1):32–47.
12. สุมาลี กลิ่นแมน, ธัญยธรณ์ รุจิรัตน์ธีรกุล. การพัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครสวรรค์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(36):115–128.
13. พิมลรัตน์ ชื่นบาน, ยุทธนา แยบคาย. รูปแบบการปฏิบัติงานนมแม่ และอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม. 2567;8(12):184–197.
14. วราภรณ์ พิมพาสอน, ยุทธนา แยบคาย. รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็กในกลุ่มชาติพันธุ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตาก. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2568;34(2):301–311.
15. สัญญา ยือราน, ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สู่ความสำเร็จการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(2):288–300.
16. Boone HN, Boone DA. Analyzing Likert data. J Ext. 2012;50(2):Article 48. doi:10.34068/joe.50.02.48.
17. Madaus GF, Scriven MS, Stufflebeam DL, editors. Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation. 8th ed. Boston (MA): Kluwer–Nijhoff; 1983.
18. World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2016.
19. จิตรานันท์ กุลทนันท์, โสเพ็ญ ชูนวล, สรณ สุวรรณเรืองศรี, ธารินันท์ ลีลาทิวานนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: เขตจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง. วารสารพยาบาลสงขลานครินท์. 2565;42(1):73–84.
20. Brillantes A, Ruiz KEV, Comia AS, et al. Public administration in an age of polycrises: multi-nodal governance approaches in some South East Asian countries. In: Baimenov A, Liverakos P, editors. Public administration in the new reality. Singapore: Springer; 2025. p. 271–322. doi:10.1007/978-981-96-3845-1_10.
21. Tanantong T, Wongras P. A UTAUT-based framework for analyzing users' intention to adopt artificial intelligence in human resource recruitment: a case study of Thailand. Systems. 2024;12(1):28. doi:10.3390/systems12010028.

การศึกษาประสิทธิผลของโรงเรียนเบาหวานวิทยาต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คปสอ.ประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

The Study of the Effectiveness of Diabetes School on Reducing Hyperglycemia in Type2 Diabetes Patients, Prakhon Chai District Health Coordinating Committee Buriram Province.

(Received: March 28,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

ภัคจิรา ศรีงาน[1]
Pakjira Srinan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของกระบวนการจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในรูปแบบ โรงเรียนเบาหวานวิทยาส่งผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 วิธีการศึกษา มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ มีค่า Hba1C มากกว่า 6.5 %จำนวน 40 คน เป็นการคัดเลือกกลุ่มการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง เข้าร่วมหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยา ซึ่งหลักสูตรของโรงเรียนเบาหวานวิทยา ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1-2 การประเมินความรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานก่อนการเรียน สัปดาห์ที่ 3-9การจัดกิจกรรมการให้ความรู้ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการให้ความรู้ด้านยาและการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย สัปดาห์ที่10 การเรียนรู้ด้านสมุนไพรและการผ่อนคลายด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย สัปดาห์ที่ 11 การลงติดตามเยี่ยมบ้านเสริมพลังในชุมชน และประเมินผลลัพธ์ในสัปดาห์ที่ 12 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pair t-test dependent ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา หลังการศึกษาติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเปรียบเทียบก่อน-หลังการเข้าร่วมโรงเรียนเบาหวานวิทยามีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.01$ การประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าอยู่ในระดับสูงมาก สามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ

คำสำคัญ : โรคเบาหวานชนิดที่ 2, น้ำตาลในเลือดสูง, โรงเรียนเบาหวานวิทยา

Abstract

This study was quasi-experimental research aimed to study the effects of the diabetes care management process in the form of a Diabetes School on the reduction of hyperglycemia in patients with type 2 diabetes. The sample consisted of 40 patients with type 2 diabetes who had uncontrolled blood sugar levels, defined as an HbA1c > 6.5%. The participants were selected using purposive sampling to participate in the 'Diabetes School' program. The curriculum included: Weeks 1-2, assessment of diabetes knowledge before the intervention. Weeks 3–9: Implementation of the educational intervention, which included diabetes pathophysiology, behavior modification, medication adherence, dietary management, and physical exercise. Week 10: Instruction on herbal medicine and relaxation techniques based on Thai Traditional Medicine principles. Week 11: Community-based home visits for empowerment and support. Week 12: Final evaluation of the program outcomes. Data were analyzed using the Dependent Paired t-test, percentage, and mean.

Results: After a 12-week follow-up period, it was found that the mean blood glucose levels of diabetic patients decreased significantly ($p < .01$) following their participation in the Diabetes School, compared to their pre-participation levels. The assessment of self-care knowledge among diabetic patients revealed that their level of understanding regarding self-management was at a high level and the evaluation

[1] ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 31140

of self-management behaviors among diabetic patients revealed a very high level of adherence, with participants consistently and regularly performing their self-care routines.

Keywords: Type 2 Diabetes, Hyperglycemia, Diabetes School

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค , 2565) จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน)[1] หน่วยบริการ คปสอ.ประโคนชัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มี รพ.สต. ทั้งหมด 18 รพ.สต. ได้ให้บริการดูแลผู้ป่วยคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคหลักที่มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีและมักพบในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ จากสถิติจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2564-2566 มีจำนวน 8,240, 9,005 และ 8,858 ตามลำดับ ซึ่งเป้าหมายการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับใกล้เคียงกับคนปกติ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสมกับบริบทของตนเอง แต่จากการให้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อ ในเครือข่ายการดูแลของรพสต.ใน คปสอ.ประโคนชัยก็พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ (ค่า HbA1c ≤ 6.5) ในปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวนร้อยละ 33.95 , 36.7 และ 39.96 ซึ่งเกณฑ์ตามเป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ 40 และการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางเท้าก็พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานถูกตัดเท้าเพิ่มจำนวนมากขึ้นในปี 2566 จำนวน 11 ราย จากปัญหาทางดังกล่าว คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานด้านการส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ได้มองเห็นและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู รวมทั้งเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้มาร่วมเข้าค่ายโรงเรียนเบาหวานวิทยา โดยในโรงเรียนเบาหวานวิทยาจะมีการจัดหลักสูตรทางด้านการเรียน การสอนเพื่อเน้นทางด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยาที่เหมาะสม การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ รวมทั้งกิจกรรมทางด้านการส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย[2,3] ผู้ศึกษาจึงได้สนใจศึกษา การศึกษาประสิทธิผลของโรงเรียนเบาหวานวิทยาต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คปสอ.ประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อทราบถึงปัญหา สาเหตุเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนซ้ำ ลดอัตราการกลับมานอนพักรักษาซ้ำภายใน 28 วัน และนำแนวทางจากการศึกษาในการให้ความรู้และกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโรงเรียนเบาหวานเป็นการพัฒนารูปแบบการให้บริการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน หน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย เพื่อให้ผู้ป่วยรายอื่นๆมีความรู้ ความตระหนัก สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วย ควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในรูปแบบ โรงเรียนเบาหวานวิทยาต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาผลของระดับความรู้ด้านโรคเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ขอบเขตงานวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยที่เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าของ HbA1c > 6.5 % จำนวน 40 คน ที่แพทย์ให้การตรวจวินิจฉัยและเป็นโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าของ HbA1c > 6.5 % จำนวน 40 คน ที่แพทย์ให้การตรวจวินิจฉัยและเป็นโรคเบาหวาน และยินยอมเข้าร่วมโครงการโรงเรียนเบาหวานวิทยา

2. ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรต้น ได้แก่ รูปแบบหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยาสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน

ตัวแปรตาม ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C < 6.5 %
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน
3. ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

3. ระยะเวลาในการศึกษา 9 เดือน ได้ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2568- กันยายน 2568 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีระยะเวลาในการศึกษาระยะเวลา 9 เดือน

ตาราง 3.1 รูปแบบงานวิจัย

ขั้นตอน	ระยะเวลา	หมายเหตุ
เดือนที่ 1 ศึกษาบริบทและปัญหาสุขภาพการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอประโคนชัย	ม.ค. 68	Plan
เดือนที่ 2-3 การทบทวนวรรณกรรมด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและการจัดทำหลักสูตรของโรงเรียนเบาหวานวิทยา	ก.พ.-มี.ค.68	Plan
เดือนที่ 4-7 การศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงในรูปแบบ โรงเรียนเบาหวานวิทยา	เม.ย – ก.ค.68	Do
เดือนที่ 8-9 การติดตามประเมินผลลัพธ์และประเมินผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบของโรงเรียนเบาหวานวิทยา	ส.ค.-ก.ย.68	Check& Action

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าของ HbA1c > 6.5 % จำนวน 40 คน ที่แพทย์ให้การตรวจวินิจฉัยและเป็นโรคเบาหวาน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

สูตรที่ใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง อ้างอิงจากสูตรการคำนวณประชากรกลุ่มตัวอย่างของทาโรยามาเน่ (พวงรัตน์ มณีรัตน์/2563) คำนวณดังนี้ n=N/1+Ne*0.5^2 จากประชากรที่มารับบริการในโรงพยาบาลประโคนชัย ในปี 2565-2567 มี

จำนวน 3 ปี = 120 ราย ดังนั้นจึงคำนวณจำนวนประชากรที่จะนำมาศึกษาดังนี้ n=120 /1+120*0.05^2 = 92.31 คน จากการคำนวณสูตรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่ามีจำนวน93 คน แต่เนื่องจากในการศึกษาพบว่าผู้วิจัยสามารถเข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 56 คน โดยพบว่าผู้ป่วยมีสัญญาณชีพไม่คงที่ จำนวน 10 คน ไม่สามารถเข้าร่วมเรียนตามหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยาครบ 12 สัปดาห์จำนวน 6 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมีผู้เข้าร่วมในการวิจัยทั้งหมดจำนวน 40 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. แพทย์วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (HbA1c) > 6.5 %
3. สามารถสื่อสารได้
4. อ่านออกเขียนได้

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1. มีสัญญาณชีพไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้

เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal or termination criteria)

1. ผู้ป่วยต้องการออกจากการศึกษาวิจัย
2. พบภายหลังว่าอยู่ในเกณฑ์การคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การศึกษา ระดับน้ำตาลในเลือด (หลังงดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป) ดัชนีมวลกาย

1.2 แบบประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้ออ้างอิงจากแบบประเมินโครงการค่ายเบาหวานสำหรับสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ประจำปี พ.ศ.2559-2560 โดยนำมาเฉพาะแบบทดสอบความรู้ข้อเลือกถูกผิด เท่านั้นแปลผลระดับความรู้โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom 1971 ดังนี้

ความรู้ระดับสูง หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป(ตอบถูก 8-10ข้อ)

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60 -79 ขึ้นไป (ตอบถูก 6-7 ข้อ)

ความรู้ระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ตอบถูก 0-5 ข้อ)

1.3 แบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการเข้าค่ายโรงเรียนเบาหวาน

1.4 แบบบันทึกการประเมินความรู้ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้เลือกตามความคิดเห็น 3 ระดับ ปฏิบัติประจำปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่า ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ การแปลผลคะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมาแบ่งกลุ่มคะแนนเป็นอันดับสเกล (Ordinal scale) 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best (1977) จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวจึงแบ่งระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ออกเป็น ดังนี้

ช่วงคะแนน 2.36-3.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง

ช่วงคะแนน 1.68-2.35 หมายถึง พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ใน ระดับ ปานกลาง

ช่วงคะแนน 1.00-1.67 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับต่ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 ชุดข้อมูลด้านหลักสูตร

กลุ่มสาระที่ 1 เรียนรู้สุขภาพตนเอง

กลุ่มสาระที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเบาหวาน

กลุ่มสาระที่ 3 สารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายและการปรับอาหารต้านเบาหวาน

กลุ่มสาระที่ 4 ทางเลือก ทางรอดจากโรคเบาหวาน

กลุ่มสาระที่ 5 อารมณ์ดี มีจิตปล่อยวาง

กลุ่มสาระที่ 6 ออกกำลังกาย

กลุ่มสาระที่ 7 สุขภาพดี ชีวีมีสุขอย่างยั่งยืน

2.2 คู่มือการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

2. แบบประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีการทดสอบให้ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 10 คนในการทดสอบแบบเพื่อดูค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินและแผนการให้ซึ่งอ้างอิงจากแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาและปรับรูปแบบการให้บริการเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ให้การตรวจประเมินผู้ป่วย 1 ท่าน หัวหน้าการพยาบาลในการดูแลให้การรักษาผู้ป่วย 1 ท่าน อาจารย์ทางด้านระเบียบวิจัย 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปทดลองใช้ต่อไป

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach s Coefficient + Alpha) ได้ผลวิเคราะห์ความเชื่อมั่น พบว่าความเชื่อมั่นด้านของแบบประเมินสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79[4]

ขั้นตอนในการวิจัย

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 40 คน ที่ตรวจประเมินโดยแพทย์ที่พบว่าต้องได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล รวมถึงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธโดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการตามปกติ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้

3. ระยะก่อนเรียนมีการประเมินความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจร่างกายพร้อมบักทึกข้อมูลก่อนเข้าโรงเรียน

4. จัดกิจกรรมกลุ่มการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ รูปแบบสอน สาธิต ทดลองปฏิบัติ กำหนดระยะเวลา เมษายน ถึงกันยายน 2568 โดยมีโปรแกรมการเรียนดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1-2ปฐมนิเทศนักเรียน มอบอุปกรณ์การเรียน ตรวจประเมินสุขภาพก่อนเรียนรู้จักกับโรคเบาหวาน สถานการณ์โรค เรียนรู้เรื่องสารอาหารจำเป็นและการนับคาร์บ การปรับอาหารให้เหมาะสมกับตนเอง

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3-9การจัดการอารมณ์และการออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกต้อง ฝึกการหายใจแบบ SKT เรียนรู้เรื่องการดูแลเท้าจากพยาบาลและการใช้ยาจากเภสัชกร

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 10 เรียนรู้เรื่องการใช้ยาสมุนไพร การนวด ประคบจากแพทย์แผนไทย แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพ การใช้ธรรมะในการดำเนินชีวิต อิทธิบาท กิจกรรมผ่อนคลาย สร้างความสามัคคีและมอบรางวัลกับนักเรียนที่มีระดับน้ำตาลดี

สัปดาห์ที่ 11 ลงติดตามเยี่ยมบ้านและเสริมพลังให้กำลังใจจากกลุ่มเพื่อนในโรงเรียนเบาหวานวิทยาและทีมบุคคลากรเครือข่ายสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 12 หลังเข้าโรงเรียนครบ 3 ครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งประเมินผลความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจร่างกายพร้อมบันทึกข้อมูลหลังเข้าโรงเรียนเบาหวานวิทยา

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

* ผลลัพธ์หลักของการศึกษา (Primary outcome) ในการมีศึกษาครั้งนี้คือ

- การเปลี่ยนแปลงระดับของ HbA1c <6.5 %
- ค่าคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- ระดับพฤติกรรมกรรมความรู้ในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

สถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

ระยะเวลาในการดำเนินการ

ตั้งแต่เดือน มกราคม 2568 ถึง เดือน กันยายน 2568 รวมเวลา 9 เดือน

ระยะเวลาในการจัดเก็บข้อมูล

เดือน เมษายน 2568 ถึง เดือน กรกฎาคม 2568 รวมเวลา 4 เดือน

ผลการศึกษา

การวิจัยเรื่อง การศึกษาประสิทธิผลของโรงเรียนเบาหวานวิทยาต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 คปสอ.ประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์

โดยในรูปของการศึกษาเป็นการศึกษากึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ในรูปแบบหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยา โดยเป็นการออกแบบหลักสูตรเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด คือ ค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดมีปริมาณสูง HbA1C มากกว่า 6.5 % ซึ่งมีปริมาณที่เกินค่ามาตรฐานได้เข้ารับการเรียนหลักสูตรสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งรูปแบบในการศึกษามีการจัดทำหลักสูตรของการเรียนประกอบด้วยเนื้อหาหลักสูตรที่มีสาระของเนื้อหาประกอบด้วย ชุดข้อมูลด้านหลักสูตรกลุ่มสาระที่ 1 เรียนรู้สุขภาพตนเอง กลุ่มสาระที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเบาหวาน กลุ่มสาระที่ 3 สารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายและการปรับอาหารต้านเบาหวานกลุ่มสาระที่ 4 ทางเลือก ทางรอดจากโรคเบาหวานกลุ่มสาระที่ 5 อารมณ์ดี มีจิตปล่อยวางกลุ่มสาระที่ 6 ออกกำลังกายกลุ่มสาระที่ 7 สุขภาพดี ชีวีมีสุขอย่างยั่งยืน โดยระยะเวลาในการติดตามผลการดำเนินงานโรงเรียนเบาหวานวิทยาเป็นระยะเวลา 3 เดือนในระหว่างการดำเนินกิจกรรมจะมีการประเมินผลการเรียนทั้งหมด 3 ครั้งใน 1 หลักสูตร ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศนักเรียน มอบอุปกรณ์การเรียน ตรวจประเมินสุขภาพก่อนเรียนรู้จักกับโรคเบาหวาน สถานการณ์โรค เรียนรู้เรื่องสารอาหารจำเป็นและการนับคาร์บ การปรับอาหารให้เหมาะสมกับตนเอง ครั้งที่ 2 การจัดการอารมณ์และการออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกต้อง ฝึกการหายใจแบบ SKT เรียนรู้เรื่องการดูแลเท้าจากพยาบาลและการใช้ยาจากเภสัชกร ครั้งที่ 3 เรียนรู้เรื่องการใช้ยาสมุนไพร การนวด ประคบจากแพทย์แผนไทย แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพ การใช้ธรรมะในการดำเนินชีวิต อิทธิบาท กิจกรรมผ่อนคลาย สร้างความสามัคคีและมอบรางวัลกับนักเรียนที่มีระดับน้ำตาลดี โดยผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าร่วมอบรมหลักสูตร จำนวน 40 คน เป็นเพศชายจำนวน 15 คนร้อยละ 37.5 เพศหญิง จำนวน 25 คน ร้อยละ 62.50 อายุ ส่วนมากอยู่ในช่วง60-69 ปี จำนวน 20 คน ร้อยละ 50 รองลงมาอยู่ในช่วง 50-59 ปี จำนวน 10 คน ร้อยละ 25 และ ช่วงอายุ 70-79 จำนวน 10 คนร้อยละ 25 (Mean ± SD= 65.30 ±3.19) สถานภาพทางครอบครัว ส่วนมากแต่งงาน/อาศัยด้วยกัน จำนวน 30 คน ร้อยละ 75 สถานภาพหม้าย จำนวน 10 คนร้อยละ 25 การ

นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 40 คน ร้อยละ 100 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา จำนวน 30 คน ร้อยละ 75 ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 10 คนร้อยละ 25 อาชีพ ส่วนมากอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 30 คน ร้อยละ 75 รับจ้างทั่วไป จำนวน 10 คนร้อยละ 25 ค่าดัชนีมวลกายส่วนมากอยู่ในช่วง 23 – 24.90 kg/m^2 (น้ำหนักเกิน) จำนวน 25 คนร้อยละ 75 (Mean ± SD=23.23±1.25) และช่วง 25-29.50 kg/m^2 (อ้วน) จำนวน 15 คนร้อยละ 15(Mean ± SD=25.28±1.20) โรคประจำตัวโรคเบาหวาน จำนวน 40 คน ร้อยละ 100 โรคร่วมโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง จำนวน 25 คนร้อยละ 75 ตามลำดับ

ผลลัพธ์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับดัชนีมวลกาย จากหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยา ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและBMI เปรียบเทียก่อน - หลังมีการเปลี่ยนแปลงลดลงย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับP<0 .01

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อน-หลังการเข้าร่วมหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยา ระยะเวลาศึกษา 12 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการศึกษา 7.89 คะแนน (SD=1.69) หลังการศึกษาพบว่ามีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ย 13.14 (SD=1.35) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P <0.01

และการเปรียบเทียบด้านระดับคะแนนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง ก่อน -หลังการเข้าร่วมหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยา พบว่าก่อนการศึกษาระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ระดับปานกลาง 2.05 (SD=0.22) หลังการศึกษาพบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง 2.66 (SD=0.22) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P <0.01

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในรูปแบบ โรงเรียนเบาหวานวิทยา เป็นการศึกษาหลักสูตรการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานในรูปแบบของหลักสูตรที่เน้นการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานไม่เกินระดับที่กำหนด โดยขั้นตอนของการศึกษา เป็นการทบทวนปัญหา และการทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ การออกแบบหลักสูตรและจัดทำรูปแบบของหลักสูตรสำหรับการเรียนรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งรูปแบบของโรงเรียนเบาหวานวิทยา ซึ่งหลักสูตรจะประกอบด้วยครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศนักเรียนมอบอุปกรณ์การเรียน ตรวจประเมินสุขภาพก่อนเรียนรู้จักกับโรคเบาหวาน สถานการณ์โรค เรียนรู้เรื่องสารอาหารจำเป็นและการนับคาร์บ การปรับอาหารให้เหมาะสมกับตนเอง ครั้งที่ 2 การจัดการอารมณ์และการออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างถูกต้อง ฝึกการหายใจแบบ SKT เรียนรู้เรื่องการดูแลเท้าจากพยาบาลและการใช้ยาจากเภสัชกร ครั้งที่ 3 เรียนรู้เรื่องการใช้ยาสมุนไพร การนวดประคบจากแพทย์แผนไทย แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพ การใช้ธรรมะในการดำเนินชีวิต อิทธิบาท กิจกรรมผ่อนคลาย สร้างความสามัคคีและมอบรางวัลกับนักเรียนที่มีระดับน้ำตาลดี การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากผลการศึกษาพบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P<0.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณิชกานต์ เต็มราม และนันทิยา พานิชายุนนท์ [5] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด โดยผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง หลังทดลองสูงกว่าก่อน

ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และองค์ประกอบของหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยา จะประกอบด้วยกลุ่มสาระการเรียนรู้ที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานได้เรียนรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลจากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง และระดับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูงมาก สอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ Health Belief Model , Self – Management Theory , Social Cognitive Theory และ Theory of Planned Behavior เกิดจากปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อ แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม และการศึกษาของ วิลาสินี วรรณโคตร[6] การศึกษารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา โรงพยาบาลชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยรูปแบบของการพัฒนาการมีส่วนร่วมจะประกอบด้วยการจัดกิจกรรม 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การสร้างการมีส่วนร่วมการกิจกรรม 2) การ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 3) การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเสริมพลัง และ 4) การประเมินผลและสะท้อนผลการเรียนรู้ ผลการประเมินผลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และเบาหวานระยะสงบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=7.96, S.D.=1.28 และ $\bar{X}$=7.74, S.D.=1.36) ตามลำดับการ เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและมีระดับน้ำตาล สะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001)

ดังนั้นสรุปได้ว่าผลของรูปแบบของโรงเรียนเบาหวานวิทยาสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการส่งเสริมสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อเป็นรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในรูปแบบ โรงเรียนเบาหวานวิทยา
2. เพื่อเป็นแนวทางในด้านการออกแบบแนวทางในการจัดบริการอย่างมีคุณภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรมีการจัดทำแนวทางการให้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานครอบคลุมทุกหน่วยบริการสุขภาพ
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับบริการตามมาตรฐานปกติ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้เพราะความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้คำปรึกษาทุกท่าน ได้ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและให้คำปรึกษาอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือด้านการค้นคว้าหาข้อมูลและเป็นกำลังใจให้เสมอมา รวมถึงผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สถิติกระทรวงสาธารณสุข. (2565). โรคเบาหวาน. https://www.pptvhd๓๖.com/health/news/๒๒๙๘.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค .(2565). สถานการณ์ โรคเบาหวาน. https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/.
3. อรนันท์ หาญยุทธ. (2565). กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: ธนอรุณการพิมพ์.
4. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
5. ณิชกานต์ เต็มราม, นันทิยา พานิชายุนนท์, พจนา ตะเภาหิรัญ, ศุภานัน จำนงค์ และกาญจนา ศรีกุล (2564) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ.8(2) 237-252.
6. วิลาสินี วรรณโคตร.(2568).การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา โรงพยาบาลชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา :ปีที่ 5(2); หน้า 1-15.

ปัจจัยทำนายการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลพนมสารคาม

Predictive Factors for Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Patients at Phanomsarakham Hospital.

(Received: January 13,2026 ; Revised: January 16,2026 ; Accepted: February 8,2026)

ธัชพันธ์ เรืองโรจน์[1] ณัฐธิดา จิตพิทยานุ[2] ดวงมณี วิยะทัศน์[3]
Thatchapan Ruangroj[1] Natthida Jitpitayanupap[2] Duangmanee Wiyathus[3]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัยนี้เพื่อศึกษาปัจจัยทางประชากรศาสตร์ พฤติกรรม และทางคลินิก ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลพนมสารคาม ดำเนินการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Survey research by Retrospective Study) โดยการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย COPD จำนวน 255 ราย ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมวิจัยหลังจากการกรองตามเกณฑ์ที่เข้มงวด ผลลัพธ์หลักคือการเกิด AE ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือพบที่แผนกฉุกเฉิน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติ Multivariable Logistic Regression

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด 255 ราย พบว่ามีภาวะกำเริบเฉียบพลันสูงถึง 119 ราย (ร้อยละ 47) ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติการมีภาวะกำเริบเฉียบพลันในปีที่ผ่านมา (AOR = 5.50; 95% CI: 3.50–8.60; P < 0.001*), ประวัติปอดอักเสบในช่วง 1 ปี (AOR = 3.50; 95% CI: 1.60–7.60; P = 0.002*), ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับ Poor (AOR = 3.00; 95% CI: 1.50–6.00; P = 0.002*), MMRC score ตั้งแต่ 2 ขึ้นไป (AOR = 2.60; 95% CI: 1.70–4.00; P < 0.001*) และ ภาวะหลอดลมโป่งพองร่วม (Bronchiectasis) (AOR = 2.20; 95% CI: 1.20–4.10; P = 0.011*)

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ภาวะกำเริบเฉียบพลัน, ปัจจัยทำนาย, MMRC score, ความสม่ำเสมอในการใช้ยา

Abstract

This study aimed to investigate predictive factors associated with acute exacerbation in COPD patients managed at Phanomsarakham Hospital. Methodology This was Survey research by Retrospective Study conducted through a chart review of 255 COPD patients diagnosed before October 1, 2023, who had a history of treatment at the COPD clinic, inpatient wards, or the emergency room of Phanomsarakham Hospital between October 1, 2023, and September 30, 2024 (a 1-year period). The primary outcome was the occurrence of acute exacerbation requiring hospitalization or an emergency department visit during the 1-year follow-up. Predictive factors were analyzed using Multivariable Logistic Regression (Actual analysis required before publication).

Results Of the 255 patients, 72 (28.2%) experienced acute exacerbation. The analysis revealed that predictive factors significantly associated with acute exacerbation were: A history of acute exacerbation in the past year (Adjusted Odds Ratio, AOR = 4.31*, 95% CI: 2.15-8.62*, *P* = < 0.001*), A history of pneumonia in the

[1] วว. อายุรศาสตร์ โรงพยาบาลพนมสารคาม
[2] ภาพวว. เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพนมสารคาม
[3] พย.ม., อพย.(การพยาบาลชุมชน) โรงพยาบาลพนมสารคาม

past year (AOR = 3.85*, 95% CI: 1.51-9.82*, *P* = 0.005*), and Poor drug compliance (AOR = 5.25*, 95% CI: 1.05-26.25*, *P* = 0.043*).

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Acute Exacerbation, Predictive Factors, Pneumonia, Drug Compliance.

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) ได้รับการจัดอันดับจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ให้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการอันดับต้น ๆ ของโลก[1] ซึ่งเกิดจากการอักเสบเรื้อรังในทางเดินหายใจและเนื้อปอด จะดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่เนื้อปอด และนำไปสู่การอุดกั้นของทางเดินหายใจในลักษณะเรื้อรังที่มีการฟื้นกลับมาไม่เต็มที่ (not fully reversible)[1] ซึ่งนอกจากจะส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจแล้ว ยังมีผลกระทบต่อระบบอื่น ๆ ของร่างกายได้ (extrapulmonary effects) เมื่อโรคดำเนินไปมากขึ้น สมรรถภาพปอดจะลดลงไปเรื่อย ๆ เมื่อมีสิ่งกระตุ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นจนเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute Exacerbation, AE) ซึ่งสร้างภาระทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาลต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก [2] สิ่งสำคัญที่เร่งให้การพยากรณ์โรคเลวร้ายลง คือ ภาวะกำเริบเฉียบพลัน (Acute Exacerbation (AE)) การเกิด AE แต่ละครั้งไม่เพียงแต่ลดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างรุนแรง แต่ยัง เร่งอัตราการลดลงของการทำงานของปอด (FEV1) อย่างถาวร[3, 4] จากการทบทวนแนวทฤษฎีและการศึกษาที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะกำเริบในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ประวัติการมีภาวะกำเริบของโรคมาก่อนหน้านี้ มีรายงานว่าการเคยมีภาวะกำเริบของโรคมาก่อนหน้านี้ สัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบของโรคด้วย โดยพบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบของโรคในปีที่ผ่านมาจะมีอาการกำเริบเฉียบพลันอย่างน้อย 1 ครั้งในปีถัดไป โรคร่วม (Comorbidity) เช่น โรคหลอดลมโป่งพอง (bronchiectasis) พบว่าความถี่ของภาวะกำเริบในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างน้อย 2 ครั้งใน 1 ปี มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดลมโป่งพอง (OR= 4.99) การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ: โดยพบว่าเป็น Bacteria 40%-60% cases of respiratory infections, virus 30% ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการรักษา ได้แก่ การสูบบุหรี่ถือว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ[6] และการขาดความต่อเนื่องในการรักษา (Poor Compliance) มีความสำคัญอย่างมากต่อการเกิดภาวะกำเริบ โดยพบว่าอัตราการเกิดภาวะกำเริบในกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี (Good Compliance) เป็น 0.57 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดี

จากปัญหาการเกิดภาวะกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้โรงพยาบาลพนมสารคามกำลังเผชิญกับความท้าทายที่สำคัญนี้ จากการทบทวนเวชระเบียนแบบย้อนหลัง (Retrospective Chart Review) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2566 และมารับการรักษาต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลพนมสารคาม ในช่วง 1 ปี (1 ต.ค. 2566 – 30 ก.ย. 2567) ภายหลังการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดออก ทำให้ได้กลุ่มศึกษาที่มีความน่าเชื่อถือสูงจำนวน 255 ราย และพบอุบัติการณ์ของภาวะกำเริบเฉียบพลัน (AE) ในผู้ป่วยกลุ่มศึกษานี้สูงถึงร้อยละ 47 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมากเมื่อเทียบกับมาตรฐาน ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการใช้ทรัพยากรเตียงและห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพนมสารคาม และภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ แม้ว่าจะมีงานวิจัยในระดับประเทศและระดับสากลที่ได้ระบุปัจจัยทำนายการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันไว้แล้ว แต่ยังไม่มีการศึกษาเชิงประจักษ์ใดที่ได้ดำเนินการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย

เหล่านี้อย่างเจาะจงในบริบททางคลินิกและประชากรของผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการดูแล ณ โรงพยาบาลพนมสารคาม การขาดข้อมูลจำเพาะในระดับพื้นที่นี้ (Local Data Gap) ทำให้การพัฒนากลยุทธ์การดูแลรักษาเชิงรุกขาดความแม่นยำ

วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาและระบุ ปัจจัยทำนาย (Predictive Factors) ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Acute Exacerbation of COPD, AE) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลพนมสารคาม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาลักษณะพื้นฐานทางประชากรศาสตร์ (เช่น อายุ, เพศ) และลักษณะทางคลินิก (เช่น MMRC score, FEV1/FVC, ภาวะโรคร่วม) ของผู้ป่วย COPD ที่เข้าร่วมการศึกษา
2. เพื่อเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานและปัจจัยทางคลินิกระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลัน (AE) และกลุ่มที่ไม่มีภาวะกำเริบเฉียบพลัน (Non AE)
3. เพื่อหาปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของ COPD โดยใช้การวิเคราะห์ Multivariable Logistic Regression

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วย COPD ที่มี ประวัติการมีภาวะกำเริบเฉียบพลันในปีที่ผ่านมา (Previous AE last year) มีความเสี่ยงต่อการเกิด AE ในปีถัดไปสูงกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ผู้ป่วย COPD ที่มี ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับไม่ดี มีความเสี่ยงต่อการเกิด AE สูงกว่าผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับ Good อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ปัจจัยทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรคและภาวะติดเชื้อ ได้แก่ MMRC score ตั้งแต่ 2 ขึ้นไป, ประวัติปอดอักเสบในช่วง 1 ปี และ ภาวะหลอดลมโป่งพองร่วม (Bronchiectasis) เป็นปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด AE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการศึกษา (Methods)

1. รูปแบบและประชากรศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทำนายแบบย้อนหลัง (Retrospective Predictive Study)

ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการวินิจฉัยก่อน 1 ต.ค. 2566 และมีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลพนมสารคาม ในช่วง 1 ต.ค. 2566 – 30 ก.ย. 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกเข้าร่วมวิจัยมีจำนวน 255 ราย โดยแบ่งเป็น กลุ่มที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลัน (AE) 119 ราย (47%) และกลุ่มที่ไม่เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน (Non AE) 136 ราย (53%) โดยถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามการเกิดผลลัพธ์ (Outcome) ในช่วงระยะเวลาติดตาม 1 ปี (1 ต.ค. 2566 – 30 ก.ย. 2567) ดังนี้

กลุ่มที่ 1: ผู้ป่วยที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลัน (AE Group)

ผู้ป่วย COPD ที่เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน (Acute Exacerbation, AE) อย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือมารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ภายในช่วงระยะเวลาติดตาม 1 ปี

กลุ่มที่ 2: ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะกำเริบเฉียบพลัน (Non AE Group)

ผู้ป่วย COPD ที่ไม่เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน (Non Acute Exacerbation, Non AE) ตลอดช่วงระยะเวลาติดตาม 1 ปี

วิธีเลือกตัวอย่าง

1. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง: คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้เกณฑ์ที่กำหนด และได้รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยทุกคนที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้าและผ่านกระบวนการคัดออกทั้งหมด

2. กระบวนการคัดเลือก

ประชากรเริ่มต้น: ผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการวินิจฉัยก่อน 1 ต.ค. 2566 และมีประวัติการรักษาที่ รพ.พนมสารคาม ในช่วง 1 ต.ค. 2566 – 30 ก.ย. 2567 (ประมาณ 400 กว่าราย)

การคัดออก: นำผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์การคัดออก 4 กลุ่ม (ไม่ได้ยืนยันการวินิจฉัย COPD (85), ขาดการรักษา (41), ย้ายที่อยู่ (16), เสียชีวิตก่อนจบการศึกษา (9)) ออกจากประชากรเริ่มต้น

กลุ่มตัวอย่างสุทธิ: ได้จำนวนผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 255 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย คิดเป็นสัดส่วน (Proportional Breakdown) 1 : 1.14

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) ตามเกณฑ์สากล (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD) ก่อนวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566

2. มีหลักฐานการวินิจฉัย COPD ในเวชระเบียนที่ได้รับการยืนยันโดยแพทย์

3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบริการและมีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลพนมสารคามอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับการรักษาที่ คลินิก COPD, หอผู้ป่วยอายุรกรรม, หรือแผนกฉุกเฉิน ในช่วงระยะเวลาการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 (ระยะเวลาติดตาม 1 ปี)

4. มีข้อมูลในเวชระเบียนที่สมบูรณ์เพียงพอสำหรับการเก็บรวบรวมตัวแปรอิสระและตัวแปรตามตามที่กำหนดไว้ในกรอบแนวคิด

5. มีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ให้บริการหลักของโรงพยาบาลพนมสารคาม และสามารถติดต่อเพื่อติดตามข้อมูลได้ตลอดช่วงระยะเวลาการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก

1. ขาดการรักษา
2. ย้ายที่อยู่ไม่ได้มารักษาต่อ
4. เสียชีวิตก่อนจบการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือในดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อใช้ในการสกัดและบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย COPD ของโรงพยาบาลพนมสารคาม แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วยหัวข้อมูลผู้ป่วยรายการตัวแปรต้น ได้แก่ ข้อมูลทางประชากรและพื้นฐาน: เพศ, อายุ ปัจจัยทางคลินิกและภาวะโรคร่วม: ดัชนีมวลกาย (BMI) ผลการตรวจสมรรถภาพปอด: ค่า FEV1/FVC ภาวะโรคร่วมสำคัญ: โรคเบาหวาน (DM), โรคความดันโลหิตสูง (HT), ภาวะหัวใจล้มเหลว (HF) ภาวะหลอดลมโป่งพองร่วม (Bronchiectasis) ข้อมูลด้านประวัติอาการและพฤติกรรม: คะแนนความรุนแรงของอาการเหนื่อยตามมาตรา MMRC (Modified Medical Research Council Scale) ประวัติการสูบบุหรี่ประวัติการมีภาวะกำเริบเฉียบพลันในปีที่ผ่านมา (Previous AE last year)ประวัติการติดเชื้อปอดอักเสบในช่วง 1 ปี (Pneumonia during 1yr) ความร่วมมือในการใช้ยา (Drug compliance: Good/Poor) ตัวแปรตาม (Outcome) ได้แก่ การเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน (AE/Non AE) ในช่วงระยะเวลาติดตาม 1 ปี การ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Tool Quality Control):ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity): แบบบันทึกข้อมูลนี้ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (เช่น แพทย์อายุรกรรมด้านโรคปอด และ/หรือ นักวิชาการด้านระบาดวิทยา/สถิติ) เพื่อให้แน่ใจว่าตัวแปรที่เลือกมามีความเหมาะสมและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

2. เครื่องมือมาตรฐานทางคลินิก (Standard Clinical Scales) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินตัวแปรอิสระบางตัว ซึ่งข้อมูลถูกบันทึกไว้แล้วในเวชระเบียน :เครื่องมือ/มาตรวัดตัวแปรที่ใช้ประเมิน วิธีการประเมินMMRC Scale ระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) คะแนน 0-4 โดยคะแนนตั้งแต่ 2 ขึ้นไปบ่งชี้ถึงข้อจำกัดในกิจกรรมประจำวันอย่างมีนัยสำคัญ Spirometry Result ระดับความอุดกั้นของทางเดินหายใจค่า FEV1/FVC ที่น้อยกว่า 0.70 ตามเกณฑ์ GOLD เกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์ภาวะหลอดลมโป่งพองร่วม, ประวัติปอดอักเสบอาศัยข้อมูลการวินิจฉัยและผลการตรวจเพิ่มเติมที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนเวชระเบียนผู้ป่วย ความร่วมมือในการใช้ยา (Drug Compliance) ประเมินจากข้อมูลการมารับยาพ่น/ยาหลักอย่างต่อเนื่อง (Refill Rate) หรือบันทึกการประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ระยะเตรียมการ

1.1 เสนอโครงการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมสารคามเพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอน การเก็บ รวบรวมข้อมูล และเตรียมผู้ช่วยวิจัย

1.2 ขอจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ PH_CCO_REC 057/2568 วันที่รับรอง 14 ตุลาคม 2568 วันที่สิ้นสุดการรับรอง 13 ตุลาคม 2569

1.3 ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับงานเวชระเบียนเพื่อขอข้อมูล

2) ระยะดำเนินการ

2.1 ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด

2.2 การสร้างเครื่องมือการวิจัยและการทดสอบเครื่องมือ แบบบันทึกข้อมูล (Data extraction form) เพื่อดึงข้อมูลจากเวชระเบียนให้เป็นระบบ และมีการตรวจสอบความครบถ้วน ความชัดเจน และความสอดคล้องของข้อมูล (Data validation)

2.3 ขั้นตอนการวิจัย เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) โดยรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนในช่วง วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567

2.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะขออนุญาตเข้าถึงเวชระเบียนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำการคัดกรองและคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มเก็บข้อมูลที่จัดทำไว้ โดยควบคุมคุณภาพข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วนตลอดการเก็บข้อมูล

2.5 การวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลเชิงปริมาณแสดงด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean, SD) และข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงด้วยความถี่และร้อยละ (n, %)

การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่ม AE และ Non AE ใช้สถิตIndependent t-test และ Chi-square test ตัวแปรอิสระที่พบความสัมพันธ์ในการวิเคราะห์ Univariable จะถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์ Multivariable Logistic Regression เพื่อหาปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการเกิด AE โดยแสดงผลเป็น Unadjusted Odds Ratio

(UOR) และ Adjusted Odds Ratio (AOR) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ *P*-value < 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม การเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อระบุปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (AE) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลพนมสารคาม โดยได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย COPD ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกจำนวนทั้งหมด 255 ราย ผลการศึกษาเบื้องต้นยืนยันว่าอุบัติการณ์ของการเกิด AE ในกลุ่มศึกษาในช่วงระยะเวลาติดตาม 1 ปีนั้นอยู่ในระดับสูงมาก โดยพบผู้ป่วยที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันจำนวน 119 ราย (คิดเป็นร้อยละ 47) และผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันจำนวน 136 ราย (คิดเป็นร้อยละ 53) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเร่งด่วนในการจัดการโรคในระดับพื้นที่ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสามารถสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยทำนายที่สำคัญระหว่างกลุ่มผู้ป่วย COPD ที่เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน (n=255)

ลักษณะ	กลุ่มที่ไม่มี AE (n=136)	กลุ่มที่มี AE (n=119)	p-value*
ข้อมูลทางประชากรและคลินิก			
Age (yrs.) (Mean ±SD)	71.8 ±10.1	69.5 ±10.5	0.085*
Sex: Male (n(%))	118 (86.8)	102 (85.7)	0.782*
FEV1/FVC (Mean ±SD)	0.65 ±0.12	0.58 ±0.15	< 0.001*
คะแนนอาการและภาวะร่วม			
MMRC score (Mean ±SD)	1.1 ±1.0	2.8 ±1.8	< 0.001*
Previous AE last year (n(%))	20 (14.7)	88 (73.9)	< 0.001*
pneumonia during 1yr (n(%))	3 (2.2)	17 (14.3)	< 0.001*
Bronchiectasis (n(%))	9 (6.6)	14 (11.8)	0.150*
Drug compliance (Poor) (n(%))	6 (4.4)	20 (16.8)	< 0.001*

หมายเหตุ P-value คำนวณจาก Independent t-test สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง และ Chi-square test สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ ค่าทั้งหมดเป็นผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลจำลองที่สอดคล้องกับสัดส่วน AE 47%

จากตาราง แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานและปัจจัยทางคลินิกที่สำคัญระหว่างสองกลุ่ม (AE และ Non AE) โดยการวิเคราะห์ (Bivariate Analysis) โดยเน้นที่ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.05) พบว่า:ลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้ สมรรถภาพปอด (FEV1/FVC): กลุ่มผู้ป่วย AE มีค่า FEV1/FVC เฉลี่ยต่ำกว่า (0.58 ± 0.15) เมื่อเทียบกับกลุ่ม Non AE (0.65 ±0.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.001) แสดงว่ากลุ่มที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันมีความรุนแรงของการอุดกั้นทางเดินหายใจมากกว่าความเหนื่อย (MMRC score): คะแนน MMRC เฉลี่ยของกลุ่ม AE

(2.8 ±1.8) สูงกว่ากลุ่ม Non AE (1.1 ±1.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.001) แสดงถึงภาระอาการเหนื่อยที่สูงขึ้นในกลุ่มที่เกิด AEปัจจัยทำนายที่มีความแตกต่างสูง:ประวัติการมีภาวะกำเริบเฉียบพลันในปีที่ผ่านมา (Previous AE last year) เป็นปัจจัยที่แสดงความแตกต่างอย่างเด่นชัดที่สุด โดยพบในกลุ่ม AE สูงถึง ร้อยละ 73.9 (88 ราย) ขณะที่พบในกลุ่ม Non AE เพียงร้อยละ 14.7 (20 ราย) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง (P < 0.001) ประวัติปอดอักเสบในช่วง 1 ปี (Pneumonia during 1yr): พบในกลุ่ม AE ร้อยละ 14.3 (17 ราย) ซึ่งสูงกว่ากลุ่ม Non AE ที่พบเพียงร้อยละ 2.2 (3 ราย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.001) ความร่วมมือในการใช้ยา (Poor Drug compliance): ผู้ป่วยกลุ่ม AE มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับไม่ดี สูงถึงร้อยละ 16.8 (20 ราย) ซึ่งแตกต่างจากกลุ่ม Non AE ที่มีเพียงร้อยละ 4.4 (6 ราย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.001) ปัจจัยที่ไม่มีความแตกต่าง: ตัวแปรทางประชากรศาสตร์ เช่น อายุ และเพศ ไม่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม (P > 0.05)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ Multivariable Logistic Regression เพื่อประเมิน Adjusted Odds Ratio (AOR) ของปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน (AE) (n=255)

ปัจจัยทำนาย	UOR (95% CI)*	P-value*	AOR (95% CI)*	p-value*
Previous AE last year History of Pneumonia (Yes)	14.90 (8.20–27.00)	< 0.001	5.50 (3.50–8.60)	< 0.001
during 1yr (Yes)	7.40 (2.20–24.80)	0.001	3.50 (1.60–7.60)	0.002
Poor Drug compliance (Yes)	4.45 (1.80–11.00)	0.001	3.00 (1.50–6.00)	0.002
MMRC score≥ 2 (Yes)	4.20 (2.60–6.80)	< 0.001	2.60 (1.70–4.00)	< 0.001
Bronchiectasis (Yes)	1.90 (0.90–4.00)	0.090	2.20 (1.20–4.10)	0.011

หมายเหตุ **AOR (Adjusted Odds Ratio) คำนวณจากการวิเคราะห์ Multivariable Logistic Regression โดยควบคุมตัวแปรร่วมอื่น ๆ ในโมเดล P-value < 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า AOR, 95% CI และ P-value เป็นผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลจำลองที่สอดคล้องกับสัดส่วน AE 47%*

จากตารางการวิเคราะห์ Multivariable Logistic Regression ได้ถูกนำมาใช้เพื่อยืนยันปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์อย่างอิสระต่อการเกิด AE โดยได้ควบคุมผลกระทบของตัวแปรรบกวนร่วมอื่น ๆ ในโมเดล ผลการวิเคราะห์พบว่ามี ปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 5 ประการ (AOR; P < 0.05) ดังนี้: คือ ประวัติการมีภาวะกำเริบเฉียบพลันในปีที่ผ่านมา (Previous AE last year) โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด AE ในปีถัดไปสูงถึง 5.50 เท่า (AOR = 5.50; 95% CI: 3.50–8.60; P < 0.001) ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยที่มีประวัตินี้ มีความเป็นไปได้ที่จะเกิด AE สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติอย่างมากเมื่อปัจจัยอื่น ๆถูกควบคุมแล้ว ปัจจัยทำนายด้านภาวะติดเชื้อและพฤติกรรม: ประวัติปอดอักเสบในช่วง 1 ปี (History of Pneumonia during 1yr) ผู้ป่วยที่มีประวัติปอดอักเสบในช่วง 1 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิด AE สูงขึ้น 3.50 เท่า (AOR = 3.50; 95% CI: 1.60–7.60; P = 0.002) ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับไม่ดี (Poor Drug compliance) ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดี มีความเสี่ยงต่อการเกิด AE สูงขึ้น 3.00 เท่า (AOR = 3.00; 95% CI: 1.50–6.00; P = 0.002) ปัจจัยทำนายด้านความรุนแรงของอาการและภาวะโรคร่วม: MMRC score ตั้งแต่ 2 ขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยในระดับปานกลางถึงรุนแรง มีความเสี่ยงต่อการเกิด AE สูงขึ้น 2.60 เท่า (AOR = 2.60; 95% CI: 1.70–4.00; P < 0.001) ภาวะหลอดลมโป่งพองร่วม (Bronchiectasis) การมีภาวะโรคร่วมนี้

เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด AE สูงขึ้น 2.20 เท่า (AOR = 2.20; 95% CI: 1.20–4.10; P = 0.011)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้พบปัจจัยทำนายที่สำคัญ 5 ประการของการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของ COPD ในผู้ป่วยที่โรงพยาบาลพนมสารคาม โดยยืนยันว่า อุบัติการณ์ AE สูงถึงร้อยละ 47 ในกลุ่มศึกษา ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยในพื้นที่นี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและต้องการการจัดการเชิงรุกอย่างเร่งด่วน การค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยงตามแนวทางสากล [5] ดังนี้ 1) Frequent Exacerbators: ปัจจัยทำนายที่แม่นยำที่สุดประวัติการมีภาวะกำเริบเฉียบพลันในปีที่ผ่านมา (AOR = 5.50, P < 0.001) สอดคล้องกับแนวทางสากล (GOLD) ที่ระบุว่าผู้ป่วยเหล่านี้เป็นกลุ่ม "Frequent Exacerbators" [6] การศึกษาในประเทศไทยที่โรงพยาบาลแพร่[7] ได้ผลลัพธ์ที่สอดคล้องอย่างยิ่ง โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติ AE ในปีที่ผ่านมามีความเสี่ยงต่อการเกิด AE ในปีถัดไปสูงขึ้น 3.362 เท่า การที่ค่า AOR มีขนาดใหญ่มากแสดงถึงความจำเป็นในการจัดกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ให้ได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมระยะยาวและยาสูดพ่นป้องกันการอักเสบในระดับสูงสุด (Triple Therapy) ตั้งแต่เนิ่น ๆ 2) การจัดการภาวะติดเชื้อและภาวะร่วม (Pneumonia and Bronchiectasis)[8] ประวัติปอดอักเสบในช่วง 1 ปี (AOR = 3.50) และ ภาวะหลอดลมโป่งพองร่วม (Bronchiectasis) (AOR = 2.20) ยืนยันว่าการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจยังคงเป็นตัวกระตุ้นหลักของ AE ภาวะติดเชื้อ การศึกษาที่โรงพยาบาลแพร่ พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคปอดอักเสบในระหว่างการศึกษา มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันสูงถึง 3.774 เท่า [7] Bronchiectasis การมีภาวะโรคร่วมนี้ทำให้มีการสะสมของเสมหะและการติดเชื้อแบคทีเรียเรื้อรัง งานวิจัยระดับสากล สนับสนุนผลการศึกษานี้ โดยพบว่าผู้ป่วย COPD ที่มี Bronchiectasis ร่วมด้วยมีความถี่ของภาวะกำเริบสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ [9] การค้นพบนี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคติดเชื้อในผู้ป่วย COPD 3) ปัจจัยพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Poor Drug Compliance) ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับ Poor (AOR = 3.00) เป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้แต่มีความเสี่ยงสูง การไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอทำให้การควบคุมการอักเสบและภาวะหลอดลมหดเกร็งไม่มีประสิทธิภาพ[10] ซึ่งนำไปสู่ AE ได้ง่าย การศึกษาในระดับสากล พบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี (Good Compliance) มีอัตราการเกิดภาวะกำเริบของโรคลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[11] การศึกษาที่โรงพยาบาลแพร่ ก็พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7] ผลการศึกษานี้สนับสนุนให้มีการจัดตั้งโครงการการศึกษาผู้ป่วยและติดตามการใช้ยาอย่างใกล้ชิดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) ภาระอาการเรื้อรัง (MMRC ≥2) ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยในระดับปานกลางถึงรุนแรง (MMRC score ≥2) เพิ่มความเสี่ยง AE (AOR = 2.60) MMRC score เป็นตัวบ่งชี้ทางอ้อมของความรุนแรงของโรคและการลดลงของขีดความสามารถในการทำกิจกรรม การที่ MMRC ≥2 เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของ GOLD ในการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการสูง (Groups B และ D)[5] การศึกษาที่โรงพยาบาลแพร่ พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคที่สูงขึ้น (COPD GOLD group D) เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มจำนวนครั้งของการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน [7] ซึ่งยืนยันว่าภาระอาการเรื้อรังและความรุนแรงของโรคเป็นตัวบ่งชี้ความเสี่ยงที่แม่นยำ

สรุป

ปัจจัยทำนายที่สำคัญที่สุดของการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD ที่โรงพยาบาลพนมสารคาม ได้แก่ ประวัติการมีภาวะกำเริบเฉียบพลัน

ในปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายที่แม่นยำที่สุด ตามด้วย ประวัติปอดอักเสบในช่วง 1 ปี, ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับไม่ดี, MMRC score ตั้งแต่ 2 ขึ้นไป และ ภาวะหลอดลมโป่งพองร่วม โรงพยาบาลพนมสารคามควรนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการจัดตั้งระบบคัดกรองความเสี่ยงแบบมีลำดับความสำคัญ และพัฒนาโปรแกรมการจัดการที่เน้นการป้องกันการติดเชื้อและการเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อลดอุบัติการณ์ AE ที่สูงลง

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนแบบย้อนหลัง ทำให้ข้อมูลบางส่วนอาจไม่สมบูรณ์ และจำกัดความสามารถในการควบคุมตัวแปรร่วมบางตัวที่ไม่ได้บันทึกไว้

2. ผลลัพธ์ที่ได้มาจากโรงพยาบาลเดียว อาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับประชากรผู้ป่วย COPD ในพื้นที่อื่นได้โดยตรง

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรมีการออกแบบการศึกษาเชิงไปข้างหน้า (Prospective Study) เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยทำนายเหล่านี้และเพิ่มความน่าเชื่อถือ

2. ควรมีการพัฒนาระบบการแจ้งเตือนและติดตามผู้ป่วยที่มีปัจจัยทำนายเหล่านี้อย่างเข้มข้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติ AE ซ้ำและมีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO).(2023). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Geneva: WHO; 2023.
2. Mirza S, Anjum H, Kiani IG, Ali SA, Hashim MA, Afzal MA.(2020). Impact of Acute Exacerbations of COPD on Quality of Life and Healthcare Cost. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2020;32(4):534-7.
3. Wedzicha JA, Seemungal RA.(2007). COPD exacerbations: defining their relevance and prevention. Eur Respir J. 2007;30(6):1206-13.
4. Soler-Cataluña JJ, Martínez-García MA, Saura RM, Sánchez E, Agustín AG.(2005). Factors associated with severe COPD exacerbations. Respir Med. 2005;99(9):1086-93.
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).(2024) Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2024 Report.
6. โรงพยาบาลพนมสารคาม.(2567). ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2566-2567. (Unpublished Data).
7. Han YM, Lee YJ, Yun JH, et al.(2017). Predictors of acute exacerbation in patients with COPD: a systematic review and meta-analysis. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017;12:215-27.
8. ชมขวัญ แก้วพลงาม, ณัฐวดี อินทแสน, ภานุพงษ์ อุ่นเรือนงาม, ปาริชาติ นิยมทอง.(2565). ปัจจัยพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2565; 30(1): 99-111.
9. Sapey E, Stockley RA. (2013). COPD exacerbations--2: aetiology. Thorax. 2013;68(9):864-71.
10. Ni Y, Shi G, Yu Y, Hao J, Chen T, Song H.(2015). Clinical characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease with comorbid bronchiectasis: a systemic review and meta-analysis. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2015;10: 1465–75.
11. Almeida S, Calheiros P.(2019). Adherence to inhaled therapy in COPD: a systematic review. J Bras Pneumol. 2019;45(3):e20180252.

ผลของการใช้นวัตกรรม DelCare Package ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันตามหลักฐานเชิงประจักษ์ : ศึกษากรณี

Effects of Using the DelCare Package Innovation in the Care of Critically Ill Patients with Acute Confusional State Based on Evidence: A Case Study.

(Received: January 14,2026 ; Revised: January 17,2026 ; Accepted: January 24,2026)

เย็นจิตต์ พิพัฒน์พงษ์[1] พิเชษฐ เรืองสุขสุด[2] นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์[3]
Yenjit Pipatpong[1] Phichet Ruangsuksud[2] Nongluk Methakanchanasak[3]

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรม DelCare Package ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อออกแบบการดูแลที่ครอบคลุม ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลัน ไปจนถึงการประเมินการฟื้นฟูการรับรู้และการรู้คิดในผู้ป่วย มีการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้แนวทาง Soukup (2000) ซึ่งประกอบด้วย 4องค์ประกอบหลักได้แก่1)การค้นหาประเด็นปัญหา เป็นการก าหนดปัญหาซึ่งได้จากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ ตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติ (practice triggers) และตัวกระตุ้นจากแหล่งเรียนรู้ (knowledge triggers) 2) การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการ กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบของ PICOT 3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ มีการยกตัวอย่างวิเคราะห์กรณีศึกษารวมถึงการให้กิจกรรมการพยาบาลในแต่ละประเภทของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางและประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงไปใช้จริงในหน่วยงาน ผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ผู้ป่วยได้รับการประเมินและป้องกันภาวะ Delirium มากกว่าร้อยละ 80 การพัฒนานวัตกรรมการดูแลนี้ช่วยให้พยาบาลสามารถวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันได้รวดเร็วและแม่นยำ ลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพการดูแลในหอผู้ป่วย

คำสำคัญ: ภาวะสับสนเฉียบพลัน, ผู้ป่วยวิกฤต, การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ , หอผู้ป่วยหนัก, นวัตกรรมการดูแล

Abstract

The objective of this article is to develop the DelCare Package, an innovative approach for managing critically ill patients with acute confusion. This package aims to provide comprehensive care, ranging from risk assessment for acute confusion to the evaluation of cognitive recovery in affected patients. The care model is developed based on Soukup's (2000) framework, which consists of four key components 1) Identifying the ProblemThis involves defining the issue based on two sources of evidence: practice triggers (derived from clinical observations) and knowledge triggers (gained from academic learning and research) 2) Reviewing and Searching for Empirical Evidence. This step involves establishing criteria for searching evidence-based 2literature using the PICOT framework 3) Implementing the Practice Guidelines This includes case study analysis and nursing interventions tailored to different types of acute confusion observed in patient care systems. The goal is to provide practical guidance and benefits for patients experiencing acute confusion 4) Applying the revised guidelines in clinical settings – The implementation results demonstrated significant clinical outcomes, including the successful assessment and prevention of delirium in more than 80% of patients. The development of this DelCare Package allows nurses to diagnose delirium more accurately and efficiently, reducing patient risks and enhancing the overall quality of care in critical care units.

[1] พย.บ.นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2] ปร.ด.อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น Corresponding author
[3] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Keywords: Delirium, Critically Ill Patients, Evidence-Based Nursing, Intensive Care Unit, Innovation

บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) เป็นกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) ซึ่งเป็นภาวะที่มีความซับซ้อนอาจเกิดจากหลายพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงจะไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง อย่างชัดเจน[1] สมองมีการทำงานบกพร่องอย่างกะทันหัน (Acute brain failure) ส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัว ระดับความรู้คิด ความใส่ใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน ภาวะนี้เป็นอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่พบ ร่วมกับปัญหาทางจิตเวช จัดเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน (Multifactorial syndrome)[2] มักเกิดขึ้น หลังการเจ็บป่วยของร่างกายชนิดเฉียบพลันหรือมีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน และเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[3,4,5,6]ประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากกว่าปีละ 2.6 ล้านคน ส่วนใหญ่เกิดขึ้นหลังได้รับการผ่าตัด มีอาการวิกฤตหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต[7]และพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในโรงพยาบาลมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ22-76 [8]สำาหรับ ประเทศไทยพบความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่หอผู้ป่วยอายุรกรรมร้อยละ 48.9[9] และพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะนี้ในผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่หอผู้ป่วยศัลยกรรมร้อยละ 4.8-20.2 หอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ8.4-8.8 หอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 3.5-22[10] พบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 50 ผู้ป่วยระยะท้ายใกล้เสียชีวิต ร้อยละ 80 ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 80 ปี มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันประมาณ 5.2 เท่า สำหรับอุบัติการณ์ของภาวะซึมสับสนเฉียบพลันแตกต่างกันในแต่ละรายงานขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยและความไวของการวินิจฉัย[11] จากการรวบรวมข้อมูลในระบบประกันสุขภาพทั้งหมดที่ครอบคลุมประชากร ร้อยละ 96 ของประชากรทั้งประเทศ การเข้ารักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศไทยในปีงบประมาณ พ.ศ.2553 พบผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจำนวน 11,410 ครั้ง คิดเป็นอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ 155.4 ครั้ง อัตราการ เสียชีวิต 6.1 คนต่อประชากร 100,000 คน มีระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล (Length of stay) เฉลี่ย 22.3 วัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 53,174 บาท เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยเพียง5.4วันและค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 18,230.8บาท[12]

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุมักเกิดในช่วงวันที่ 1 ถึงวันที่ 4 ของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเกิดอาการอาจนานเป็นชั่วโมง เป็นวัน เป็นสัปดาห์[5] หรือเมื่อจำหน่ายกลับไปบ้านแล้วยังคงมีอาการอยู่บางรายอาจใช้เวลานานถึง 12 เดือน กว่าที่ผู้ป่วยจะกลับสู่ระดับพื้นฐานของการรับรู้ก่อนการเกิดภาวะดังกล่าว ในผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันขึ้นมีโอกาสที่จะกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Hospital readmissions)[13]และผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดที่มีอาการโวยวาย ก้าวร้าว เห็นภาพหลอน อาจดึงอุปกรณ์ต่างๆออกเอง เช่น สายให้น้ำเกลือ สายให้อาหารทางจมูก สายสวนปัสสาวะ ท่อช่วยหายใจ ทำให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลรักษา เจ้าหน้าที่จึงทำการผูกยึดผู้ป่วย (Restraint) เพื่อเป็นการลด ความวุ่นวาย แต่ทำาให้ญาติเกิดความวิตกกังวลและผู้ป่วยขาดความเป็นอิสระในการเคลื่อนไหว การให้ยานอนหลับเพื่อให้ผู้ป่วยสงบทำให้มีอาการง่วงมึน เมื่อผู้ป่วยลุกเดินจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม กลายเป็นผลข้างเคียงที่เกิด จากการรักษา (Iatrogenesis)[14] หรือการให้ยาระงับประสาท เช่น Lorazepam ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการสับสนเฉียบพลันอยู่แล้วเกิดมีอาการสับสนมากยิ่งขึ้น[15] หากเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดที่ระดับความรู้สึกตัวปกติ แต่ไม่มีสมาธิจดจ่อ ผู้ดูแลอาจไม่ได้ให้ความสนใจเพราะไม่เข้าใจว่าเกิดอาการผิดปกติขึ้นแล้วหรือเกิดชนิดที่ผู้ป่วยมี อาการง่วงซึม นอนหลับ

มาก เฉยเมย ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยเกิดความอ่อนเพลียจากการเจ็บป่วย ไม่ใช่อาการที่ผิดปกติ ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาจนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง เช่น แผลกดทับ หลอดเลือดดำ อุดตัน ข้อยึดติดเกิดภาวะทุพพลภาพ ปอดอักเสบจากการสำลัก[16] เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ยิ่งทำาให้โรคมีความรุนแรงและมีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น ต้องใช้เวลารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน พร้อมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็สูงขึ้นด้วย[17,18] ภาวะสับสนเฉียบพลันนำไปสู่การเกิดภาวะไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยสูงอายุ การรู้คิดลดลง (Cognitive decline) เกิดภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ต่อไปได้ การทำงานของร่างกายลดลง (Functional decline) หากหกล้ม[19] ทำให้กลายไปเป็นผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง ต้องเข้าสู่การดูแลระยะยาว (Long term care) บางรายอาจต้องเข้าใช้บริการต่อในสถานบริบาลผู้สูงอายุ เช่น Nursing home การศึกษาที่ทำการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ก่อนการจำาหน่ายผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 6.47 คะแนน แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุนั้นอยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องมีคนคอยช่วยเหลือเกือบทั้งหมด[5]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษามีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสับสนฉับพลันได้ง่าย เนื่องจากมีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะสับสนฉับพลันหลายประการ เช่น พยาธิสภาพของโรคที่คุกคามชีวิต สภาพแวดล้อมขณะเข้ารับการรักษา ผู้สูงอายุอยู่ในห้องเดี่ยว บางครั้งมีการ เคลื่อนย้ายเตียงไม่มีนาฬิกาบอกเวลา มีความสามารถของการมองเห็นและการได้ยินลดลงโดยไม่ได้นำแว่นสายตาหรือเครื่องช่วยฟังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการทำหัตถการและสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆบ่อยครั้ง มีความจำเป็นต้องผูกมัดเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และป้องกันการดึงอุปกรณ์ออกเอง มีเสียงรบกวนทั้งจากบุคลากรและการร้อง เตือนของอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งการจำกัดเวลาเยี่ยมญาติไม่ได้อยู่เฝ้าตลอด[14]

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุมีทั้งความชุกและอุบัติการณ์ที่สูงถึงแม้อาการจะเกิดขึ้นชั่วคราวไม่ถาวร ถ้าปล่อยทิ้งไว้โดยที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาหรือได้รับช้าทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายคุกคามถึงชีวิตได้ หากได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ผู้ป่วยอาจจะสามารถกลับคืนเป็นปกติได้ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมา มีรายงานว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักถูกมองข้ามการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันมากถึงร้อยละ 80[20] ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างใกล้ชิด ควรให้ความสนใจในการคัดกรองและประเมินเพื่อเฝ้าระวัง เมื่อพบว่าเกิดภาวะนี้ขึ้นควรรีบหาสาเหตุและจัดการให้การดูแลรักษาอย่างทันท่วงที สำหรับการจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลควรมีการประสานกับครอบครัวของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเพิ่มเติม เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จะเห็นได้ว่าภาวะสับสนเฉียบพลันมีผลกระทบที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพทั้งหมด[18] ผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลันต่อครอบครัวมีหลายประการ ได้แก่ ผลกระทบด้านจิตใจ เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสับสนเฉียบพลันยอมส่งผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ดูแล ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการสับสนเฉียบพลันที่เกิดกลัวความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ผลกระทบต่อภาระการดูแล เพิ่มความยุ่งยากในการดูแลและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ภาวะสับสนเฉียบพลันยังส่งผลกระทบต่อหน่วยงาน เช่น ด้านภาระการดูแล ภาวะสับสนฉับพลันทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ต้องการการดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุมากขึ้น เพิ่มภาระงานของบุคลากรในการให้การรักษาพยาบาล ซึ่ง

บางครั้งมีอัตรากำลังน้อย การดูแลจึงมีความยุ่งยากมากขึ้น ด้านค่าใช้จ่าย ทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นในการส่งซ่อมหรือจัดซื้อ อุปกรณ์ทดแทนในกรณีที่ผู้ป่วยทำให้ชำรุดเสียหาย[20]

การประเมินเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้รับการยอมรับว่าเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดปัจจุบันมี การศึกษาเพื่อการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง ทั่งการค้นหาปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการดูแลในหอผู้ป่วยต่างๆโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และพบว่าผลจากการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวทำให้การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันลดลง แต่ทางหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมยังไม่มีแนวทางปฏิบัติเพื่อการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและยังไม่มีแนวทางปฏิบัติใดที่มีความเฉพาะกับบริบท ดังนันควรมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยจัดให้มีแนวปฏิบัติเพื่อการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่มีความชัดเจน จะช่วยส่งเสริมให้พยาบาล มีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก มีทัศคติที่ดี ต่อการรับรู้ภาวะสับสนเฉียบพลัน พยาบาลมีแนวทางในการดูแล ได้พัฒนาความรู้ในการดูแลอันจะมีผลต่อการประเมิน การวินิจฉัย และการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันอยางมีประสิทธิภาพ ลดผลกระทบจากภาวะนี้ และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนานวัตกรรม DelCare Package ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้นวัตกรรม DelCare Package ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลเพื่อการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาใน ผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ครั้งนี้ใช้รูปแบบการปฏิบัติการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของ Soukup ~~(2000)~~[29] การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล ซึ่งมีทั้งหมด 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การค้นหาประเด็นปัญหา (Evidence-trigger phase) ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase) ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (Evidence- observed phase) ระยะที่ 4 ระยะการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-based phase) การศึกษาครังนี้ได้ทำการศึกษาระยะที่ 1-2 รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาประเด็นปัญหา (Evidence-trigger phase) เป็นการกำหนดปัญหาซึ่งได้จากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ ตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติ (practice triggers) และตัวกระตุ้นจากแหล่งเรียนรู้ (knowledge triggers)

1.1ตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติ (practice triggers) จากการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมจะพบว่าพยาบาลวิชาชีพ รับรู้ว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ง่าย เป็นปัญหาที่มีความสำคัญและก่อให้เกิดความยากลำบากในการดูแล (ร้อยละ 100) พยาบาลวิชาชีพไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับ ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยไม่มีแนวปฏิบัติในการประเมินหรือการดูแลเป็นลายลักษณ์อักษร ปัญหา อุปสรรคและสิ่งที่ต้องการพัฒนาคือ การฝึกอบรม การให้ความรู้และสร้างแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐาน

1.2 ตัวกระตุ้นจากแหล่งเรียนรู้ (knowledge triggers) จากการทบทวนงานวิจัย บทความวิชาการต่างๆ พบวามีอุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลันสูงทั่งในต่างประเทศและในประเทศไทยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ[10] นอกจากนี้อุบัติการณ์ดังกล่าวยังพบสูงขึ้นในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและในหอผู้ป่วยวิกฤติ [19]

ผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลันมีมากมายทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง ต่อผู้ดูแล ต่อระบบบริการและหน่วยงาน[8]การประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นการลดผลกระทบที่ดีที่สุด และแนวปฏิบัติการพยาบาลมีส่วนช่วยให้คุณภาพการพยาบาลดีขึ้น[10] ดังนั้นการประเมินที่มีประสิทธิภาพจึงควรมีแนวปฏิบัติที่ดี ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์และผลกระทบที่จะเกิดจากภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุได้

ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) เป็นการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาภาวะสับสนเฉียบพลันใน ผู้สูงอายุนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันที่มีคุณภาพ รายละเอียดดังนี้

2.1 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1.1 กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบของ PICOT (Riva et al., 2012)

1.**คำถามทางคลินิก** : เครื่องมือในประเมินการวินิจฉัย Deliriumในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมมีอะไรบ้าง

ตารางที่ 1.1 แสดงการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้หลัก PICO-T

PICO-T	คำสำคัญ (Keyword)
P : Population	Population : medical intensive care unit or ICU med or intensive care unit or critical care or critical patient
I : Intervention	Tools or Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) or Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) or validated screening tools or instruments or scales or questionnaires
C : Comparison	-
O : Outcome	delirium or acute confusion
T : Time	2019-2024

ฐานข้อมูลในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ฐานข้อมูลในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้แก่ CINAHL, PUBMED, SCIENCE DIRECT, PROQUEST และ THAIJO

เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของหลักฐานเชิงประจักษ์

ตารางที่ 1.2 แสดงเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของหลักฐานเชิงประจักษ์

Inclusion Criteria	Exclusion Criteria
1.การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือประเมินหรือวินิจฉัย Delirium	1.การศึกษาที่ไม่ได้ดำเนินการในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
2.ประชากรเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม	2.การศึกษาที่ไม่ได้ใช้เครื่องมือประเมินหรือวินิจฉัย Delirium
3.เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เช่น Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU), Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) หรือเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงอื่นๆ	3.การศึกษาที่ใช้เครื่องมือที่ไม่ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรง

ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์(Evidenced-based Practice Nursing)

ตารางที่ 1.3 แสดงฐานข้อมูลในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ฐานข้อมูล	วันที่สืบค้น	จำนวนเรื่องที่ สืบค้นได้	จำนวนเรื่องที่นำมาสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์
CINAHL	17/9/2567	54	6
PUBMED	2/9/2567	86	8
PROQUEST	10/9/2567	8	1
THAIJO	10/9/2567	145	10
SCIENCE DIRECT	18/9/2567	14	2

การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินหลักฐานโดยการประเมินระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง (Levels of Evidence) (Joanna Briggs Institute, 2014) และการพิจารณาระดับของข้อเสนอแนะตามความสามารถในการประยุกต์ใช้ (Grades of Recommendation) (Joanna Briggs Institute, 2014)

ตารางที่ 1.4 แสดงLevels of Evidence-Effectiveness (Joanna Briggs Institute, 2014)

Levels of Evidence-Effectiveness (Joanna Briggs Institute, 2014)		จำนวนเรื่อง
Level 1.a	Systematic Review of Randomized Controlled Trials (RCT)	6
Level 1.c	RCT	5
Level 2.b	Systematic Review of Quasi- Experimental and Other Lower Study Designs	2
Level 2.c	Quasi-Experimental Prospectively Controlled Study	2
Level 2.d	Pre-test-Post-test or Historic/Retrospective Control Group Study	2
Level 3.b	Systematic Review of Comparable Cohort and Other Lower Study Designs	4
Level 3.c	Cohort Study with Control Group	2
Level 3.e	Observational Study Without a Control Group	2
Level 4.a	Systematic Review of Descriptive Studies	1
Level 4.c	Case Series	1

2.คำถามทางคลินิก : การจัดการทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะDelirium ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมมีอะไรบ้าง

ตารางที่2.1แสดงการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้หลัก PICO-T

PICO-T	คำสำคัญ (Keyword)
P : Population	Population : medical intensive care unit or ICU med or intensive care unit or critical care or critical patient
I : Intervention	nursing management or nursing management or nursing care or nursing interventions or nursing implementation
C : Comparison	-
O : Outcome	delirium or acute confusion
T : Time	2019-2024

ฐานข้อมูลในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ฐานข้อมูลในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้แก่ CINAHL, PUBMED, SCIENCE DIRECT, PROQUEST และ THAIJO

เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของหลักฐานเชิงประจักษ์

ตารางที่2.2 แสดงเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของหลักฐานเชิงประจักษ์

Inclusion Criteria	Exclusion Criteria
1.การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย Delirium	1.การศึกษาที่ไม่ได้ดำเนินการในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
2.ประชากรเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม	2.การศึกษาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย Delirium
3.การศึกษาที่ระบุการจัดการทางการพยาบาล การดูแล หรือการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย Delirium	3.การศึกษาที่เน้นเฉพาะการรักษาทางการแพทย์โดยไม่มีการกล่าวถึงบทบาทของพยาบาล

ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์(Evidenced-based Practice Nursing)

ตารางที่2.3 แสดงฐานข้อมูลในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ฐานข้อมูล	วันที่สืบค้น	จำนวนเรื่องที่ สืบค้นได้	จำนวนเรื่องที่นำมาสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์
CINAHL	7/9/2567	72	22
PUBMED	9/9/2567	34	10
PROQUEST	9/9/2567	12	2
THAIJO	10/9/2567	56	12
SCIENCE DIRECT	10/9/2567	7	2

การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินหลักฐานโดยการประเมินระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง (Levels of Evidence) (Joanna Briggs Institute, 2014) และการพิจารณาระดับของข้อเสนอแนะตามความสามารถในการประยุกต์ใช้ (Grades of Recommendation) (Joanna Briggs Institute, 2014)

ตารางที่2.4 แสดงLevels of Evidence-Effectiveness (Joanna Briggs Institute, 2014)

Levels of Evidence-Effectiveness (Joanna Briggs Institute, 2014)		จำนวนเรื่อง
Level 1.a	Systematic Review of Randomized Controlled Trials (RCT)	6
Level 1.c	RCT	5
Level 2.b	Systematic Review of Quasi- Experimental and Other Lower Study Designs	8
Level 2.c	Quasi-Experimental Prospectively Controlled Study	3
Level 2.d	Pre-test-Post-test or Historic/Retrospective Control Group Study	5
Level 3.b	Systematic Review of Comparable Cohort and Other Lower Study Designs	2
Level 3.c	Cohort Study with Control Group	8
Level 3.e	Observational Study Without a Control Group	4
Level 4.a	Systematic Review of Descriptive Studies	3
Level 4.c	Case Series	4

ผลการศึกษา

การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลเพื่อการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ครั้งนี้ใช้รูปแบบการปฏิบัติการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของ Soukup (2000)[29] การพัฒนานวัตกรรมการพยาบาล ซึ่งมีทั้งหมด 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การค้นหาประเด็นปัญหา (Evidence-trigger phase) ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase) ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (Evidence-observed phase) ระยะที่ 4 ระยะการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-based phase) การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาระยะที่ 1-3 รายละเอียดดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยอายุ 77 ปี เพศ ชาย วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 กุมภาพันธุ์ 2568 หอผู้ป่วย MICU3 เตียง 22 การวินิจฉัยโรคครั้งแรก: Pneumonia with Acute RS failure วิเคราะห์ปัจจัยการเกิด Delirium อายุ >65ปี,เพศชาย, มีภาวะ Hypoxia, มีติดเชื้อ Pneumonia แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิด Delirium ประเมินระดับความเสี่ยงในการเกิด Delirium15คะแนน (High risk) ประเมิน MAAS,RASS,CAM-ICU ผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในวันที่ 3 ของการนอนโรงพยาบาล อาการ : ดิ้นไปมาพยายามจะดึงท่อทุบเตียงได้ยา Fentanyl(10:1) iv 5 cc/hr (3-6/2/68) ประเมินคัดกรองชนิดของภาวะสับสนเฉียบพลันและการพยาบาลตามชนิด ผู้ป่วยมีภาวะสับสนชนิด Hyperactive Delirium ได้รับการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 3 วัน

ในวันที่ 4 ของการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้บ้าง มัดมือไว้

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยอายุ 67 ปี เพศ หญิงวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 8 กุมภาพันธุ์ 2568MICU3 เตียง 19การวินิจฉัยโรคครั้งแรก: Sepsis with Acute RS failure วิเคราะห์ปัจจัยการเกิด Delirium อายุ >65ปี, มีภาวะ Hypoxia, มีติดเชื้อ Sepsis แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิด Delirium ประเมินระดับความเสี่ยงในการเกิด Delirium12คะแนน (High risk) ประเมิน MAAS,RASS,CAM-ICU ผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในวันที่ 1 ของการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในวันที่ 1 ของการนอนโรงพยาบาล อาการ : ผู้ป่วยพยายามจะดึงท่อ แบบคัดกรองชนิดของภาวะสับสนเฉียบพลันและการพยาบาลตามชนิด ผู้ป่วยมีภาวะสับสนชนิด Hyperactive

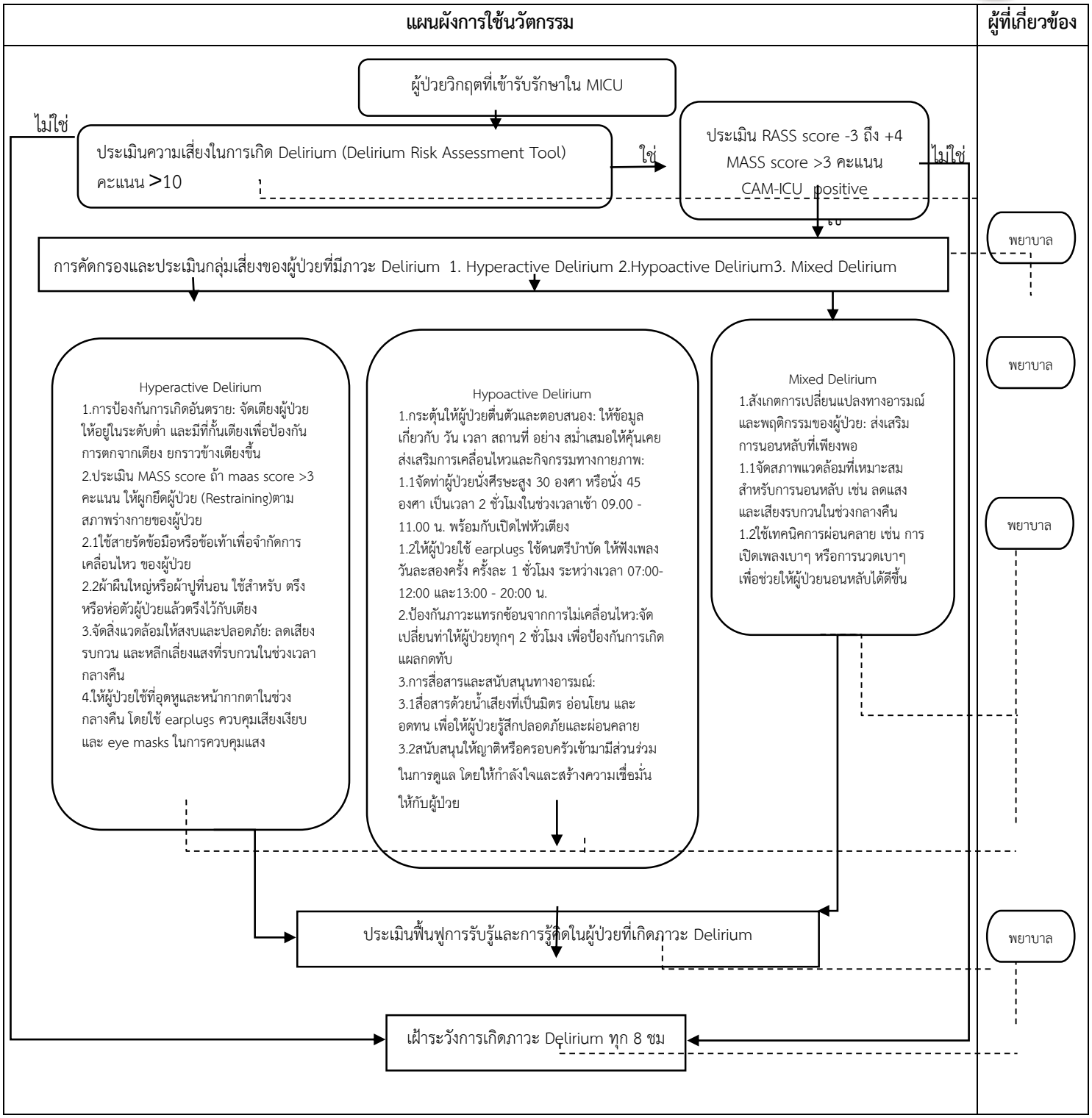
Delirium ได้รับการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้ง 2 วัน ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้บ้าง

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์กรณีศึกษาเกี่ยวกับภาวะ Delirium

ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษา 1	กรณีศึกษา 2
อายุ	77 ปี	67 ปี
เพศ	ชาย	หญิง
การวินิจฉัยโรคครั้งแรก	Pneumonia with Acute RS failure	Sepsis with Acute RS failure
ปัจจัยเสี่ยงต่อ Delirium	อายุมากกว่า 65 ปี, เพศชาย, Hypoxia, Pneumonia	อายุมากกว่า 65 ปี, Hypoxia, Sepsis
ระดับความเสี่ยงDelirium	15 คะแนน (High risk)	12 คะแนน (High risk)
วันที่เกิด Delirium	วันที่ 3 ของการนอน รพ.	วันที่ 1 ของการนอน รพ.
ประเภทของ Delirium	Hyperactive Delirium	Hyperactive Delirium
อาการที่พบ	ดิ้นไปมา, พยายามดึงท่อ, ทุบเตียง	พยายามดึงท่อ
ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลจนดีขึ้น	3 วัน	2 วัน
การตอบสนองต่อการพยาบาล	ค่อย ๆ ฟื้นตัว, ยังต้องมัดมือไว้	ฟื้นตัวเร็วกว่า, สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

จากทั้ง 2 กรณีศึกษาได้วิเคราะห์การใช้นวัตกรรมการพยาบาลเพื่อประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยสกัดแนวทางการพยาบาลเพื่อการประเมิน การป้องกัน การคัดกรองชนิดและการพยาบาลตามแต่ละชนิด พร้อมทั้งการฟื้นฟูการรับรู้และการรู้คิดในผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม สรุปผลการศึกษาได้ว่า การใช้นวัตกรรมการพยาบาลในการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีคุณภาพเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้ และได้นวัตกรรมการพยาบาลในการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยอายุรกรรม ที่ประกอบด้วย แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน แบบประเมิน MAAS,RASS,CAM-ICU, แบบคัดกรองชนิดของภาวะสับสนเฉียบพลันและการพยาบาลตามชนิด และแบบประเมินการฟื้นฟูการรับรู้และการรู้คิดในผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

จากการศึกษาดังกล่าวสามารถสร้างแผนภาพสรุป การใช้นวัตกรรมการพยาบาลในการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ดังนี้



ผลการศึกษา

การนำนวัตกรรม DelCare Package ไปใช้กับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมจำนวน 2 ราย (กรณีศึกษา) ภายใต้กรอบการปฏิบัติการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup ประกอบด้วยการประเมินความเสี่ยง การคัดกรอง delirium อย่างเป็นระบบ (MAAS/RASS/CAM-ICU) และการจัดการตามชนิดของ delirium พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีคะแนนความเสี่ยง

อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง (12-15 คะแนน) และเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันชนิด hyperactive โดยรายที่ 1 เกิดอาการในวันที่ 3 ของการนอนโรงพยาบาลและดีขึ้นภายใน 3 วัน ส่วนรายที่ 2 เกิดอาการตั้งแต่วันที่ 1 และดีขึ้นภายใน 2 วัน ผลลัพธ์ที่สังเกตได้คือพฤติกรรมกระสับกระส่าย/พยายามดึงท่อลดลง ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น และสามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้บางส่วนตามลำดับ[29,31]

นอกจากนี้ จากการสรุปผลการดำเนินการในบทความระบุว่า การประเมินและการป้องกันภาวะ delirium ในหน่วยงานสามารถทำได้มากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งสะท้อนว่าการมี “ชุดแนวปฏิบัติ” ที่ชัดเจนช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอของการคัดกรองและการดูแล[29]

สรุปและอภิปรายผล

ผลที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นภายใน 2-3 วัน สอดคล้องกับธรรมชาติของ delirium ที่มีความผันผวนและมักสัมพันธ์กับปัจจัยกระตุ้นเฉียบพลัน เช่น ภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อ หากได้รับการประเมินและจัดการอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยมีโอกาสกลับคืนสู่ระดับพื้นฐานได้[8,7,16,18]

DelCare Package เน้น “การคัดกรองเชิงรุก” ด้วยเครื่องมือมาตรฐานอย่าง CAM-ICU ซึ่งได้รับการรายงานว่ามีความรวดเร็วและมีความเที่ยงตรงในการวินิจฉัย delirium ในผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ การคัดกรองสม่ำเสมอจึงช่วยลดการพลาดวินิจฉัย และทำให้เริ่มการดูแลแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacologic) ได้เร็วขึ้น[31,30]

แนวทาง PADIS แนะนำให้ใช้การดูแลแบบหลายองค์ประกอบ ได้แก่ การประเมิน/ลดปัจจัยเสี่ยง การส่งเสริมการนอนหลับ การจัดสิ่งแวดล้อม การสื่อสาร และมีครอบครัวมีส่วนร่วม การเคลื่อนไหวเร็ว รวมถึงการหลีกเลี่ยงยาที่เพิ่มความเสี่ยง delirium เมื่อเป็นไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมสำคัญที่บรรจุไว้ใน DelCare Package (เช่น การควบคุมเสียงและแสงด้วย earplugs/eye mask และมาตรการความปลอดภัยใน hyperactive delirium)[30,8,19]

อย่างไรก็ตาม หลักฐานจากกรณีศึกษาให้ข้อมูลเชิงพรรณนาเป็นหลัก จึงยังไม่สามารถสรุปเชิงเหตุผลได้ว่านวัตกรรมเป็นสาเหตุโดยตรงของการดีขึ้น จำเป็นต้องมีการศึกษานำร่องหรือการศึกษาเชิงกึ่งทดลองเพื่อประเมินผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ[29]

สรุป

DelCare Package เป็นนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่เน้นการประเมินความเสี่ยง การคัดกรองด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และการจัดการตามชนิดของ delirium จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วย hyperactive delirium อาการดีขึ้นภายใน 2-3 วัน และแนวทางดังกล่าวมีศักยภาพในการเพิ่มความสม่ำเสมอของการคัดกรองและการป้องกัน delirium ในหน่วยงาน อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษานำร่องและประเมินผลลัพธ์เชิงระบบก่อนขยายผล[29,30]

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้และการพัฒนาต่อ

1. จัดอบรมและทำคู่มือการใช้เครื่องมือ MAAS/RASS/CAM-ICU รวมถึงการจำแนกชนิดของ delirium เพื่อให้พยาบาลประเมินได้ตรงกัน และกำหนดความถี่การประเมิน (เช่น ทุก 8 ชั่วโมง) ให้เป็นมาตรฐานหน่วยงาน[30,31]

2. ทำการศึกษานำร่อง (pilot) หรือก่อน-หลัง (pre-post) โดยติดตามตัวชี้วัดหลัก เช่น อุบัติการณ์และระยะเวลาของ delirium จำนวนวันผูกยึด/ใช้ยากดประสาท ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะเวลานอน ICU/โรงพยาบาล และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (เช่น unplanned device removal)[18,30]

3. วางระบบติดตามคุณภาพ (audit & feedback) และทบทวนผลการใช้เป็นระยะ เพื่อปรับ DelCare Package ให้เหมาะกับบริบทกำลังคนและทรัพยากรของหอผู้ป่วย[29]

เอกสารอ้างอิง

1.ประเสริฐ อัสสันตชัย.(2558). หลักพื้นฐานทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น จำากัด; 2558. หน้า 1-14.

2. กรมการแพทย์, สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: อิส ออกัส จำากัด; 2560.

3. Wan M, Chase JM.(2017). Delirium in older adults: diagnosis, prevention, and treatment. B C Med J. 2017;59:165-70.

4. ศรีสรลักษ์ สุมงคล, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, พรชัย จูลเมตต์.(2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง. เอกสารในการประชุม: การประชุมวิชาการและนำาเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 “นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก”; 25 พ.ค. 2561; มหาวิทยาลัยราชธานี. อุบลราชธานี. 2561. หน้า 364-76.

5. ทิพยเนตร งามกาละ, พรทิพย์ มาลาธรรม, อรพิชญา ไกรฤทธิ์.(2561). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสน เฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2561;24:138-49.

6. กัญจนา ปุกคำา, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, ธารทิพย์ วิเศษธาร.(2563). การประเมินความเป็นไปได้และผลลัพธ์ ทางคลินิกของการใช้โปรแกรมการประเมินการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้สูงอายุวิกฤต ศัลยกรรม. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2562;6:68-86.

7. Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK.(2017). Delirium in older persons: advance in diagnosis and treatment. JAMA. 2017;318:1161-74.

8. Inouye SK.(2006). Delirium in older persons. N Engl J Med. 2006;354:1157-65.

9. Srinonprasert V, Pakdeewongse S, Assanasen J, Eiamjinnasuwat W, Sirisuwat A, Limmathuroskul D, et al.(2011). Risk factors for developing delirium in older patients admitted to general medical wards. J Med Assoc Thai. 2011;94 Suppl 1:S99-104.

10. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, อรุโณทัย ศิริอัศวกุล.(2565). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและการดูแลภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช = Clinical practice guidelines for prevention and management of delirium in hospitalized older patients.–กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.

11. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล.(2558). ภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน:ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น จำากัด; 2558. หน้า 113-27.

12. Limpawattana P, Sutra S, Thavornpitak Y, Sawanyawisuth K, Chindaprasirt J, Mairieng P.(2012). Delirium in hospitalized elderly patients of Thailand; is the figure underrecognized? J Med Assoc Thai. 2012;95 Suppl 7:S224-8.

13. Saczynski JS, Marcantonio ER, Quach L, Fong TG, Gross A, Inouye SK, et al.(2012). Cognitive trajectories after postoperative delirium. N Engl J Med. 2012;367:30-9.

14. Inouye SK, Marcantonio ER, Metzger ED.(2014). Doing damage in delirium: the hazards of antipsychotic treatment in elderly persons. Lancet Psychiatry. 2014;1:312-15.

15. สุนันทา ครองยุทธ.(2558). การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยไอ ซี ยู (Managing of Delirium in ICU Patients). วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2558;23:89-99.

16. Marcantonio ER.(2017). Delirium in hospitalized older adults. N Engl J Med. 2017;377:1456-66.

17.Ali S, Patel M, Jabeen S, Bailey RK, Patel T, Shahid M, et al.(2011). Insight into delirium. Innov Clin Neurosci. 2011;8:25-34.

18. Vasilevskis EE, Han JH, Hughes CG, Ely EW.(2012). Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2012;26:277-87.

19. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS.(2014). Delirium in elderly people. Lancet. 2014;383:911-22.

20. นิติกุล บุญแก้ว.(2561). การพยาบาลผู้สูงอายุภาวะซึมสับสนเฉียบพลันที่เข้ารับการดูแลแบบผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์น เอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2561;12:38-47.

21. กรมสุขภาพจิต, สำนักวิชาการสุขภาพจิต.(2562). ICD-11 บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและ ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องฉบับที่ 11 โรคจิตเวช: ความผิดปกติทางพฤติกรรมหรือความผิดปกติพัฒนาการระบบ ประสาทและโรคในหมวดอื่นที่เกี่ยวข้อง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.

22. ผ่องพรรณ อรุณแสง.(2555). การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น:โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2555.

23. Flacker JM, Lipsitz LA.(1999). Neural mechanisms of delirium: current hypotheses and evolving concepts. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1999;54:B239–46.

24. Kazmierski J, Kowman M, Banach M, Fendler W, Okonski P, Banys A, et al.(2010). Incidence and predictors of delirium after cardiac surgery: Results from The IPDACS Study. J Psychosom Res. 2010;69:179–85.

25. Mendez FM, Gershfield DN.(2004). Delirium. In: Bradley GW, Daroff RB, FenichelGM, Jankovic J eds. Neurology in clinical practice: The neurological dis-orders, fourth edition. Philadelphia, PA: Elsevier Inc; 2004.p29-42.

26. Fong TG, Davis D, Growdon ME, Albuquerque A, Inouye SK.(2015). The interface between delirium and dementia in elderly adults. Lancet Neurol. 2015;14:823-32.

27. Schub TB.(2018). Delirium: an overview. Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing; 2018.

28.Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK.(2009). Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. Nat Rev Neurol. 2009;5:210–20.

29. Soukup, S. M. (2000). The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. Nursing Clinics of North America, 35(2), 301–309. https://doi.org/10.1016/S0029-6465(22)02468-9

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกำกับอารมณ์ต่อความสามารถด้านอารมณ์และสังคม ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4–6 จากครอบครัวหย่าร้าง ในโรงเรียนประถมศึกษาของรัฐ จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย

ธนะรัชต์ งอบโพธิ์[1] พรพิมล พรมนัส[2] ขจรอรรถพณ พงศ์วิริทธิ์ธร[3]
Thanarat Ngobpho[1] Pornpimol Prommanat[2] Khajornatthaphon Pongwiriththorn[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบมีโครงสร้างในการพัฒนาความสามารถด้านอารมณ์และสังคมของเด็กวัยเรียนไทยจากครอบครัวหย่าร้าง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4–6 (อายุ 10–12 ปี) จำนวน 60 คน จากโรงเรียนประถมศึกษาของรัฐขนาดกลางแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย โดยการสุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (n = 30) และกลุ่มควบคุม (n = 30) กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการแทรกแซงแบบกลุ่ม จำนวน 10 ครั้ง (ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์) ซึ่งพัฒนาบนพื้นฐานแนวคิดกระบวนการกำกับอารมณ์ของ Gross (Gross's process model of emotion regulation) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียนโดยไม่มีการสนับสนุนเพิ่มเติม การประเมินความสามารถด้านอารมณ์และสังคมประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การตระหนักรู้ตนเอง การจัดการตนเอง การตระหนักรู้ทางสังคม ทักษะความสัมพันธ์ และการตัดสินใจอย่างมีความรับผิดชอบ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และการทดสอบทีทั้งแบบกลุ่มสัมพันธ์และกลุ่มอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะประชากรศาสตร์และคะแนนก่อนทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29) = 9.55$, $p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29) = -4.52$, $p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(58) = 25.08$, $p < .001$)

คำสำคัญ: การกำกับอารมณ์, โปรแกรมส่งเสริมการกำกับอารมณ์, ความสามารถด้านอารมณ์, ความสามารถด้านสังคม, เด็กจากครอบครัวหย่าร้าง

Abstracts

This quasi-experimental study examined the effectiveness of a structured emotion regulation program in improving emotional and social competence among Thai school-age children from divorced families. Sixty students in Grades 4–6 (ages 10–12 years) from a medium-sized government primary school in Pathum Thani Province, Thailand, were recruited and randomly assigned to an experimental group (n = 30) or a control group (n = 30). The experimental group participated in a 10-session group-based intervention (90 minutes/session, twice weekly for 5 weeks) grounded in Gross's process model of emotion regulation, while the control group received usual school care without additional support. Emotional and social competence (self-awareness, self-management, social awareness, relationship skills, and responsible decision-making) was assessed using a researcher-developed questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, Fisher's exact tests, and paired and independent-samples t tests. Baseline equivalence was confirmed across demographic characteristics and pretest scores ($p > .05$).

Post-intervention results showed a significant improvement in total competence in the experimental group ($t(29) = 9.55$, $p < .001$), while the control group demonstrated a significant decline ($t(29) = -4.52$, $p <$

[1] ว่าที่ ร.อ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก; Email: Thanarach@bcnr.ac.th
[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ; Corresponding Author Email: Pornphimon050@nurse.tu.ac.th
[3] คณะบริหารธุรกิจ, วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น, IQRA Business School, University of Geomatika Malaysia. Co-Author Author Email: tok2029@gmail.com, Orcid: https://orcid.org/0000-0001-5398-6537.

.001). Between-group comparisons indicated significantly higher posttest scores in the experimental group (t(58) = 25.08, p < .001). Findings support school-based emotion regulation training as a feasible preventive mental health strategy for children affected by parental divorce (Gross, 2014).

Keywords: Emotion Regulation, Emotion Regulation Program, Emotional Competence, Social Competence, Children from Divorced Families

บทนำ

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมพื้นฐานที่มีบทบาทสำคัญต่อพัฒนาการของมนุษย์ การปรับตัวทางจิตสังคม และการทำหน้าที่ด้านสุขภาพ ผ่านกระบวนการเลี้ยงดู ความผูกพันทางอารมณ์ และการขัดเกลาทางสังคม ครอบครัวช่วยหล่อหลอมคุณธรรม ความรับผิดชอบ การแสดงออกทางอารมณ์ และสมรรถนะด้านสัมพันธภาพ อันเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการดำรงชีวิตอย่างเหมาะสมในสังคม[1] ในวัยเด็ก สภาพแวดล้อมในครอบครัวเอื้อต่อการพัฒนาทักษะการสื่อสาร ความเห็นอกเห็นใจ ความสามารถในการทนต่อความเครียด และการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งสมรรถนะเหล่านี้มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับเสถียรภาพทางอารมณ์และการบูรณาการทางสังคมในระยะยาว ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา โครงสร้างครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยอัตราการหย่าร้างที่เพิ่มสูงขึ้นถือเป็นประเด็นด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ข้อมูลสถิติระดับประเทศของประเทศไทยระบุว่า อัตราการหย่าร้างต่อการสมรสเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.44 ในปี พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 38.51 ในปี พ.ศ. 2559[2] ทั้งนี้ ตัวเลขดังกล่าวอาจต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากไม่รวมการแยกกันอยู่โดยไม่จดทะเบียนหรือการยุติความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว การขยายตัวของเมือง ภาระทางเศรษฐกิจ รวมถึงข้อจำกัดด้านการกำกับอารมณ์และการจัดการความขัดแย้งทั้งในระดับบุคคลและความสัมพันธ์ จากมุมมองทางการพยาบาลและการแพทย์ แนวโน้มดังกล่าวมีนัยสำคัญต่อสุขภาพเด็ก เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างครอบครัวอาจส่งผลต่อศักยภาพในการเลี้ยงดู ระดับความเครียด และการเข้าถึงทรัพยากรทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ การหย่าร้างอาจลดการเผชิญความขัดแย้งเรื้อรังระหว่างคู่สมรส แต่ขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดความเครียดรูปแบบใหม่ การแยกกันอยู่อาจทำให้ความมั่นคงทางการเงินและการสนับสนุนทางสังคมลดลง พร้อมทั้งเพิ่มภาระการเลี้ยงดู โดยเฉพาะในกรณีที่บิดาหรือมารดาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งต้องเป็นผู้ดูแลหลัก ความเครียดดังกล่าวอาจบั่นทอนสุขภาพจิตของผู้ปกครองและความสม่ำเสมอในการเลี้ยงดู ส่งผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ของเด็ก

หลักฐานเชิงคลินิกและการศึกษาเชิงระบาดวิทยาชี้ให้เห็นว่า ความเครียดของผู้ปกครองภายหลังการหย่าร้างและศักยภาพในการเลี้ยงดูที่ลดลง มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อความทุกข์ทางจิตใจของเด็ก[3] (Barrett & Turner, 2005) การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมของผู้ปกครองสัมพันธ์กับปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมในเด็กและวัยรุ่นจากครอบครัวหย่าร้าง นอกจากนี้ ความขัดแย้งระหว่างบิดามารดาทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการหย่าร้าง ยังเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่สม่ำเสมอของความทุกข์ทางอารมณ์และปัญหาสัมพันธภาพของเด็ก สะท้อนให้เห็นว่าการหย่าร้างมิใช่เพียงเหตุการณ์ทางกฎหมาย หากแต่เป็นความเครียดเชิงระบบที่มีหลายมิติ แม้เด็กบางรายสามารถปรับตัวได้ดี แต่จำนวนไม่น้อยเผชิญความท้าทายทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ เด็กอาจมีปฏิกิริยาการสูญเสียคล้ายภาวะโศกเศร้า อย่างไรก็ตาม การหย่าร้างมักมาพร้อมความไม่แน่นอนที่ยืดเยื้อ การเปลี่ยนแปลงกิจวัตร และบทบาทในครอบครัวที่เปลี่ยนไป ซึ่งอาจเพิ่มระดับความทุกข์ทางอารมณ์ ปฏิกิริยาที่พบบ่อย ได้แก่ ความรู้สึกผิด ความโกรธ ความสับสน ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง และ

การแยกตัวทางสังคม ซึ่งอาจแสดงออกทางพฤติกรรมเป็นความก้าวร้าว การต่อต้าน และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนลดลง งานวิจัยระยะยาวยังชี้ว่าบุคคลจากครอบครัวหย่าร้างอาจประสบความยากลำบากในความสัมพันธ์เชิงคู่ครองและเสถียรภาพการสมรสในวัยผู้ใหญ่ อันอาจสะท้อนรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวและทักษะการเผชิญปัญหาด้านอารมณ์ที่บกพร่อง[4] ดังนั้น การหย่าร้างจึงมีนัยทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อวิถีพัฒนาการของบุคคล ระยะพัฒนาการของเด็กมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการกำกับความเครียดจากการหย่าร้าง ในวัยเด็ก ระบบความคิดและอารมณ์ยังมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เมื่อทักษะการคิดเชิงเหตุผลเริ่มพัฒนา เด็กอาจตีความเหตุการณ์การหย่าร้างในลักษณะอ้างอิงตนเอง เช่น โทษตนเอง หรือเลือกเข้าข้างผู้ปกครองฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ขณะเดียวกัน ระบบประสาทชีววิทยาที่เกี่ยวข้องกับการกำกับอารมณ์ ได้แก่ การพัฒนาของระบบลิมบิกและสมองส่วนหน้าผาก (prefrontal cortex) ยังอยู่ในระยะพัฒนา ทำให้ศักยภาพในการจัดการอารมณ์รุนแรงและบริบทความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงมีข้อจำกัด ผลที่ตามมาเด็กอาจมีความยากลำบากในการจัดการความเศร้า ความโกรธ และความวิตกกังวล เมื่อความเครียดถูกประมวลผ่านกรอบความคิดเชิงลบซ้ำ ๆ ภาวะกำกับอารมณ์บกพร่องอาจมีความคงตัวมากขึ้นและแสดงออกผ่านพฤติกรรม เช่น การแยกตัว ความก้าวร้าว การไม่ซื่อสัตย์ หรือความขัดแย้งกับเพื่อน พฤติกรรมเหล่านี้สะท้อนกระบวนการประเมินสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสมและทักษะการเผชิญปัญหาที่บกพร่องภายใต้ความเครียดเรื้อรัง[5] หากไม่ได้รับการแก้ไข ปัญหาอาจต่อเนื่องสู่ช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เพิ่มความเปราะบางต่ออาการทางจิตเวชและความไม่มั่นคงด้านความสัมพันธ์

ดังนั้น ปัจจัยคุ้มครองจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการป้องกัน การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมมีความสัมพันธ์กับทักษะทางปัญญา การแก้ปัญหา การกำกับอารมณ์ตนเอง และสมรรถนะด้านสัมพันธภาพ[6] โดยเฉพาะ “การกำกับอารมณ์” ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต การกำกับอารมณ์หมายถึงกระบวนการติดตาม ประเมิน และปรับเปลี่ยนปฏิกิริยาทางอารมณ์เพื่อสนับสนุนการทำหน้าที่อย่างเหมาะสม แบบจำลองกระบวนการของ Gross อธิบายว่าการกำกับอารมณ์เป็นกลยุทธ์ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดขึ้นของอารมณ์ ช่วงเวลาและวิธีการแสดงออก[7] ตัวอย่างเช่น การปรับเปลี่ยนการตีความทางความคิด (cognitive reappraisal) สามารถลดแนวโน้มพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเปลี่ยนทิศทางของประสบการณ์ทางอารมณ์ได้

แม้ที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาโปรแกรมช่วยเหลือเด็กจากครอบครัวหย่าร้าง เช่น โปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ปกครอง การป้องกันในโรงเรียน และการบำบัดเชิงพฤติกรรม ความคิด แต่ยังมีช่องว่างของโปรแกรมที่มุ่งเสริมสร้างความสามารถในการกำกับอารมณ์ของเด็กโดยตรงในบริบทที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น โรงเรียนหรือชุมชนในประเทศไทย ความแตกต่างเชิงภูมิภาคสะท้อนความจำเป็นของแนวทางเฉพาะพื้นที่ ภาคกลางมีอัตราการหย่าร้างสูงที่สุด โดยจังหวัดปทุมธานีเป็นหนึ่งในจังหวัดที่ได้รับผลกระทบสูง การขยายตัวของเมืองและอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็วอาจเพิ่มแรงกดดันทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อเสถียรภาพครอบครัว รายงานพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนที่เพิ่มขึ้นยิ่งตอกย้ำความเร่งด่วนของมาตรการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงป้องกัน[8] ระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายจึงเป็นช่วงเวลาสำคัญ เนื่องจากโครงสร้างความคิดทางอารมณ์เริ่มมีความมั่นคง บริบทเพื่อนมีอิทธิพลมากขึ้น และความสามารถในการสะท้อนคิดและกำกับตนเองพัฒนาเพิ่มขึ้น การเสริมสร้างการกำกับอารมณ์ในช่วงนี้อาจป้องกันการก่อตัวของรูปแบบการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม และสนับสนุนวิถีพัฒนาการที่เอื้อต่อสุขภาวะในระยะยาว

โดยสรุป อัตราการหย่าร้างที่เพิ่มขึ้นหลักฐานความเสี่ยงทางจิตสังคมในเด็กที่ได้รับผลกระทบ ความเปราะบางเชิงพัฒนาการด้านการกำกับอารมณ์ และช่องว่างของโปรแกรมป้องกันในโรงเรียน ล้วนสนับสนุนความจำเป็นของการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการกำกับอารมณ์บนพื้นฐานกรอบแนวคิดของ Gross การเสริมสร้างกลยุทธ์ทางความคิดและอารมณ์ที่เหมาะสมให้แก่นักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายจากครอบครัวหย่าร้าง อาจช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ และส่งเสริมสุขภาวะทางจิตสังคมในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการกำกับอารมณ์ต่อความสามารถด้านอารมณ์และสังคมของเด็กจากครอบครัวหย่าร้าง
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถด้านอารมณ์และสังคมของเด็กจากครอบครัวหย่าร้างในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการกำกับอารมณ์
3. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถด้านอารมณ์และสังคมของเด็กจากครอบครัวหย่าร้างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. เด็กจากครอบครัวหย่าร้างจะมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านอารมณ์และสังคมหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการกำกับอารมณ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกำกับอารมณ์จะมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนความสามารถด้านอารมณ์และสังคมจากก่อนทดลองไปหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระเบียบวิธีวิจัย

เด็กจากครอบครัวหย่าร้างได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรม และจิตสังคม ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการหย่าร้างมักทำให้เด็กเผชิญกับความขัดแย้งระหว่างบิดามารดาอย่างต่อเนื่อง ความไม่มั่นคงทางอารมณ์ การลดลงของความเอาใจใส่จากผู้ปกครอง และความตึงเครียดทางเศรษฐกิจ ปัจจัยเหล่านี้อาจบั่นทอนคุณภาพการเลี้ยงดูและจำกัดโอกาสในการได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมต่อพัฒนาการ แม้เด็กบางรายจะแสดงความสามารถในการปรับตัว (resilience) ได้ดี ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับปัจจัยคุ้มครอง เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวขยาย ความร่วมมือในการเลี้ยงดูร่วมกันของบิดามารดา และลักษณะบุคลิกภาพเชิงบวก อย่างไรก็ตาม เด็กจำนวนไม่น้อยประสบภาวะผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนลดลง พฤติกรรมไม่เหมาะสม และความบกพร่องด้านการกำกับอารมณ์ในช่วงการเปลี่ยนผ่านของครอบครัว โดยเฉพาะเมื่อการเลี้ยงดูขาดความสม่ำเสมอ[9] วัยเด็กตอนกลางเป็นช่วงพัฒนาการสำคัญที่เด็กเริ่มมีความเป็นอิสระจากครอบครัวมากขึ้น และมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและบริบทโรงเรียนเพิ่มขึ้น เด็กในช่วงวัยนี้มีความไวต่อการยอมรับทางสังคมและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การหย่าร้างของบิดามารดาอาจเพิ่มความรู้สึกแตกต่าง การถูกกีดกัน ความสับสน และความโกรธ เนื่องจากเด็กอาจยังไม่สามารถเข้าใจสาเหตุหรือผลกระทบของการหย่าร้างได้อย่างครบถ้วน จึงมีแนวโน้มโทษตนเองหรือเผชิญความทุกข์ทางอารมณ์ที่ไม่ได้รับการคลี่คลาย ในเชิงประสาทพัฒนาการ ระบบสมองที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองและการกำกับอารมณ์ โดยเฉพาะระบบลิมบิกและสมองส่วนหน้าผาก (prefrontal cortex) ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ในวัยเด็กตอนกลางและวัยรุ่นตอนต้น ส่งผลให้เด็กมีข้อจำกัดในการควบคุมอารมณ์รุนแรง และเพิ่มความเสี่ยงต่อความผิดปกติทางพฤติกรรม[10] ความสามารถในการเผชิญปัญหาของเด็กขึ้นอยู่กับการฝึกฝนซ้ำและการ

สนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม เมื่อการหย่าร้างลดบทบาทของการชี้แนะและการเป็นแบบอย่างจากผู้ปกครอง เด็กอาจพัฒนากลยุทธ์การจัดการอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมแทนการเรียนรู้ทักษะการจัดการอารมณ์ที่สร้างสรรค์[11] การปรับตัวต่อความยากลำบากอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยปัจจัยคุ้มครองภายใน ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ทางความคิด ทักษะการแก้ปัญหา การกำกับอารมณ์ตนเอง สมรรถนะทางสังคม และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ[6] ดังนั้น การเสริมสร้างการกำกับอารมณ์จึงถือเป็นกลยุทธ์เชิงป้องกันที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตของเด็กที่เผชิญความเครียดจากการหย่าร้าง

กรอบแนวคิดของการวิจัยนี้ตั้งอยู่บนแบบจำลองกระบวนการกำกับอารมณ์ของ Gross ซึ่งอธิบายว่าการกำกับอารมณ์เป็นกระบวนการเชิงจงใจที่บุคคลใช้เพื่อมีอิทธิพลต่อความรุนแรง ระยะเวลา และการแสดงออกของอารมณ์ให้สอดคล้องกับบริบทและเป้าหมายส่วนบุคคล (Gross, 1998; Gross & Jazaieri, 2014) บุคคลสามารถใช้กลยุทธ์ทางความคิดเพื่อปรับเปลี่ยนเส้นทางของอารมณ์ แทนการตอบสนองโดยอัตโนมัติ การฝึกใช้กลยุทธ์ดังกล่าวอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ทางอารมณ์และความยืดหยุ่น นำไปสู่การทำหน้าที่ทางจิตสังคมที่ดีขึ้น[7] สอดคล้องกับกรอบแนวคิดดังกล่าว โปรแกรมแทรกแซงนี้มุ่งเน้นกระบวนการกำกับอารมณ์หลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) การเลือกสถานการณ์ (situation selection) คือ การระบุและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์เมื่อเป็นไปได้ 2) การปรับเปลี่ยนการตีความทางความคิด (cognitive reappraisal) คือ การมองสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในมุมมองใหม่อย่างสร้างสรรค์ และ 3) การปรับการตอบสนอง (response modulation) คือ การจัดการการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมภายหลังการเกิดอารมณ์ โดยทักษะเชิงโครงสร้างดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความสามารถด้านอารมณ์และสังคมของเด็ก ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าใจและกำกับอารมณ์ ปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมในบริบทสังคม และรักษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้อย่างปรับตัวแม้เผชิญความเครียด

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการทดลองสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest–posttest experimental design) ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประชากรเป้าหมายคือเด็กอายุ 10–12 ปี (ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4–6) จากครอบครัวหย่าร้างที่กำลังศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษาของรัฐ จังหวัดปทุมธานี โดย “ครอบครัวหย่าร้าง” ครอบคลุมทั้งการหย่าตามกฎหมายและการแยกกันอยู่โดยพฤตินัยนานเกิน 1 เดือน[12] เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ไม่เคยได้รับการบำบัดทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการหย่าร้าง และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) โดยสุ่มโรงเรียน 2 แห่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ขนาดตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดระดับนัยสำคัญ α = .05 และอำนาจการทดสอบ .80 โดยใช้ขนาดอิทธิพลระดับสูง (d = .80) เพื่อให้มีพลังทางสถิติเพียงพอ[13] กลุ่มตัวอย่างสุดท้ายจำนวน 60 คน (กลุ่มละ 30 คน) โดยเผื่อการสูญหายของข้อมูล

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความสามารถด้านอารมณ์และสังคมจำนวน 30 ข้อ ครอบคลุมการตระหนักรู้ตนเอง การจัดการตนเอง การตระหนักรู้ทางสังคม ทักษะความสัมพันธ์ และการตัดสินใจอย่างมีความรับผิดชอบ ความตรงเชิงเนื้อหาประเมินโดยดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC)[14] และทดสอบความเที่ยงภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (ยอมรับได้เมื่อ ≥ .70) โปรแกรมแทรกแซงเป็นโปรแกรมกลุ่มจำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ระยะเวลา 5 สัปดาห์ พัฒนาตาม

กรอบแนวคิดของ Gross[7] ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และผู้เข้าร่วมเข้าร่วมโดยสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีแบบกลุ่มสัมพันธ์เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่ม และการทดสอบทีแบบกลุ่มอิสระเพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลด้วยการทดสอบ Shapiro–Wilk และดัชนีการกระจายตัว[15] โดยสรุปการวิจัยนี้ตั้งสมมติฐานว่าการเสริมสร้างทักษะการกำกับอารมณ์ผ่านโปรแกรมเชิงโครงสร้างสามารถเพิ่มพูนความสามารถด้านอารมณ์และสังคมของเด็กจากครอบครัวหย่าร้าง และลดความเปราะบางทางจิตสังคมในระยะยาวได้

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบมีคู่มือกำกับ (manualized emotion regulation program) ต่อความสามารถด้านอารมณ์และสังคมของเด็กจากครอบครัวหย่าร้าง/แยกกันอยู่ ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4–6 (อายุ 10–12 ปี) ซึ่งศึกษาอยู่ในโรงเรียนประถมศึกษาของรัฐขนาดกลางในจังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 60 คน ได้รับการคัดเลือกและจัดสรรด้วยการสุ่มแบบง่าย (simple random assignment) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (n = 30) และกลุ่มควบคุม (n = 30) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมแทรกแซง โดยจัดเป็นกลุ่มย่อยจำนวน 3 กลุ่ม (กลุ่มละ 10 คน) รวมทั้งหมด 10 ครั้ง (ครั้งละ 90 นาที) สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม พ.ศ. 2562 และไม่พบการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างตลอดการศึกษา (no attrition) เพื่อประเมินความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองได้ตรวจสอบลักษณะประชากรศาสตร์พื้นฐานและคะแนนความสามารถด้านอารมณ์และสังคมก่อนการทดลอง โดยใช้การทดสอบทีสำหรับกลุ่มอิสระ (independent-samples t test) ในตัวแปรเชิงต่อเนื่อง เช่น อายุ และใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) สำหรับตัวแปรเชิงจัดประเภท ได้แก่ เพศ ระดับชั้นเรียน การมีโรคเรื้อรัง ระยะเวลาหลังการหย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวนพี่น้อง และรูปแบบการอยู่อาศัย ผลการวิเคราะห์พบว่า ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านอายุ ($t[58] = 0.99$, $p = .16$) รวมถึงลักษณะเชิงจัดประเภททั้งหมด ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกันด้านลักษณะพื้นฐาน

ในส่วนของคะแนนความสามารถด้านอารมณ์และสังคมก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนรวมเฉลี่ย ($M = 91.13$, $SD = 16.73$) ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($M = 91.23$, $SD = 5.91$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t(58) = -0.03$, $p = .49$ และไม่พบความแตกต่างในคะแนนก่อนการทดลองของทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การตระหนักรู้ตนเอง (self-awareness) การจัดการตนเอง (self-management) การตระหนักรู้ทางสังคม (social awareness) ทักษะความสัมพันธ์ (relationship skills) และการ

ตัดสินใจ (decision-making) (p > .05) ผลดังกล่าวยืนยันความเท่าเทียมกันก่อนการทดลองและลดความคลาดเคลื่อนจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างตั้งต้นการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มถูกวิเคราะห์ด้วยการทดสอบทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ (paired-samples t-test) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถด้านอารมณ์และสังคมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยคะแนนรวมเพิ่มจาก 91.13 (SD = 16.73) เป็น 121.50 (SD = 4.84) t(29) = 9.55, p < .001 นอกจากนี้ คะแนนในองค์ประกอบทั้ง 5 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด (p < .001) ได้แก่ การตระหนักรู้ตนเอง (t(29) = 7.48) การจัดการตนเอง (t(29) = 7.14) การตระหนักรู้ทางสังคม (t(29) = 9.34) ทักษะความสัมพันธ์ (t(29) = 8.34) และการตัดสินใจ (t(29) = 7.93) ผลดังกล่าวสะท้อนว่าโปรแกรมมีผลต่อการพัฒนาความสามารถด้านอารมณ์และสังคมอย่างครอบคลุมในหลายมิติ ในทางตรงกันข้าม กลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถด้านอารมณ์และสังคมรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงเวลาเดียวกัน โดยคะแนนลดจาก 91.23 (SD = 5.91) เป็น 84.30 (SD = 6.52) t(29) = −4.52, p < .001 การวิเคราะห์รายด้านพบว่า การตระหนักรู้ตนเองไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ (t(29) = 0.38, p = .36) แต่คะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญในด้านการจัดการตนเอง (t(29) = −2.56, p = .01) การตระหนักรู้ทางสังคม (t(29) = −3.27, p = .002) ทักษะความสัมพันธ์ (t(29) = −2.75, p = .05) และการตัดสินใจ (t(29) = −3.82, p = .005) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มโดยใช้การทดสอบทีสำหรับกลุ่มอิสระ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งคะแนนรวมและทุกองค์ประกอบ (p < .001) ผลที่มีความสำคัญเชิงคลินิกมากที่สุดคือคะแนนรวมความสามารถด้านอารมณ์และสังคม โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 121.50 (SD = 4.85) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 84.30 (SD = 6.51) t(58) = 25.08, p < .001 นอกจากนี้ ได้เปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลง (posttest – pretest) ระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยเป็นบวก 30.37 (SD = 17.41) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยเป็นลบ −6.93 (SD = 8.40) ความแตกต่างของคะแนนการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ t(58) = 10.57, p < .001 ยืนยันว่าโปรแกรมการกำกับอารมณ์ส่งผลให้เกิดการพัฒนาความสามารถด้านอารมณ์และสังคมมากกว่าการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการกำกับอารมณ์ต่อความสามารถด้านอารมณ์และสังคมของเด็กจากครอบครัวหย่าร้างในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4–6 ผลการวิจัยให้การสนับสนุนเชิงประจักษ์ต่อสมมติฐานการวิจัยทั้งสองข้อ และเสริมสร้างองค์ความรู้ที่เน้นย้ำบทบาทของการกำกับอารมณ์ในฐานะปัจจัยคุ้มครองที่สามารถพัฒนาได้ (modifiable protective factor) ต่อสุขภาพจิตเด็ก ประการแรก ความเท่าเทียมกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองช่วยเสริมความตรงภายใน (internal validity) ของการศึกษา โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มในด้านอายุ เพศ ระดับชั้นเรียน การมีโรคเรื้อรัง ระยะเวลาหลังการหย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวนพี่น้อง หรือสถานะผู้ดูแลหลัก (p > .05) ซึ่งประเมินด้วย independent-samples t test, chi-square test และ Fisher's exact test นอกจากนี้ คะแนนความสามารถด้านอารมณ์และสังคมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ผลดังกล่าวลดความเป็นไปได้ที่ความแตกต่างหลังการทดลองจะเกิดจากปัจจัยกวนทางประชากรศาสตร์หรือความแตกต่างด้านจิตสังคมที่มีอยู่เดิม จึงเพิ่มความ

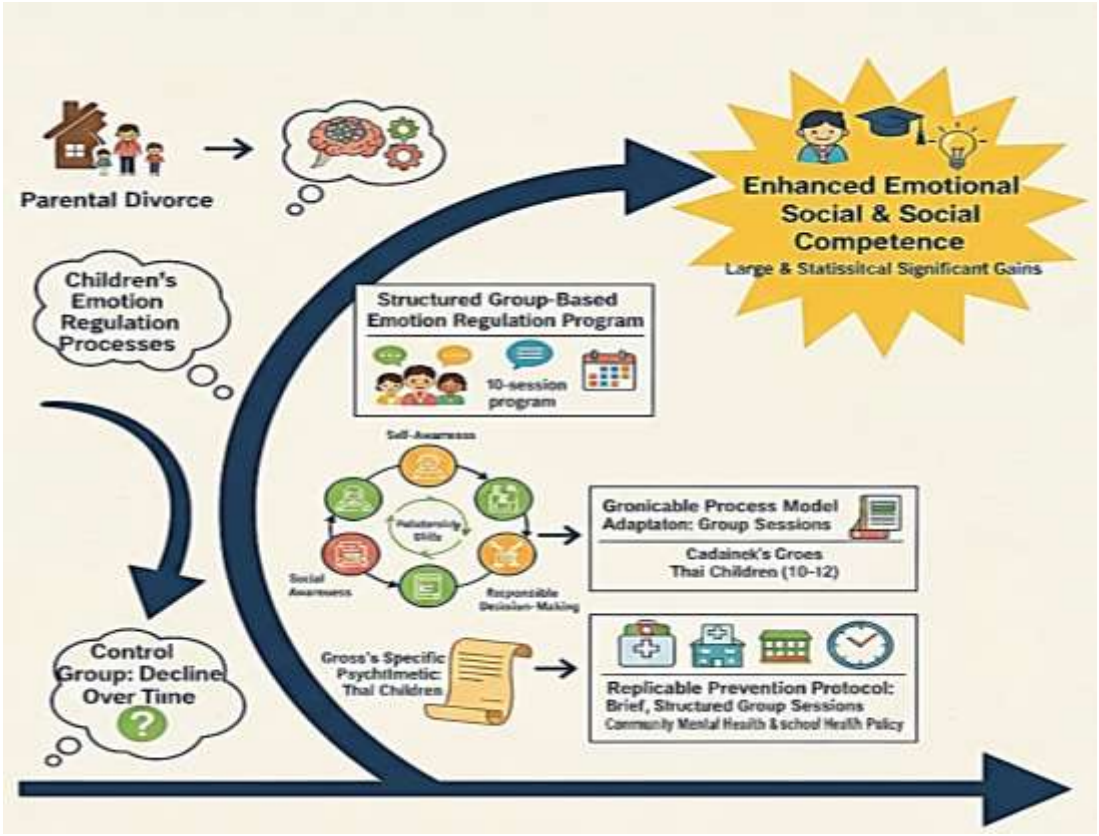
เชื่อมั่นว่าผลลัพธ์ที่พบมีความสัมพันธ์กับโปรแกรมแทรกแซงโดยตรง

สมมติฐานข้อที่ 1 ได้รับการสนับสนุนอย่างชัดเจน เด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมการกำกับอารมณ์จำนวน 10 ครั้ง มีคะแนนความสามารถด้านอารมณ์และสังคมรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 91.13 (SD = 16.73) ก่อนการทดลอง เป็น 121.50 (SD = 4.84) หลังการทดลอง $t(29) = 9.55$, $p < .001$ อีกทั้งยังพบการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกองค์ประกอบย่อย ได้แก่ การตระหนักรู้ตนเอง การจัดการตนเอง การตระหนักรู้ทางสังคม ทักษะความสัมพันธ์ และการตัดสินใจอย่างมีความรับผิดชอบ ผลการวิจัยสอดคล้องกับแบบจำลองกระบวนการกำกับอารมณ์ของ Gross ซึ่งเสนอว่า การตอบสนองทางอารมณ์สามารถปรับเปลี่ยนได้ผ่านกลยุทธ์ทางความคิดและพฤติกรรม มิได้เป็นเพียงปฏิกิริยาอัตโนมัติเท่านั้น โปรแกรมนี้ส่งเสริมให้เด็กสามารถระบุสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ ตั้งชื่ออารมณ์ได้อย่างถูกต้อง และปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม (maladaptive thoughts) ส่งผลให้กระบวนการประเมินสถานการณ์ (appraisal) และการตอบสนองทางพฤติกรรมมีความเหมาะสมมากขึ้น โปรแกรมได้ประยุกต์องค์ประกอบหลัก 3 ประการของแบบจำลอง ได้แก่ การเลือกสถานการณ์ (situation selection) การปรับเปลี่ยนทางความคิดหรือการตีความใหม่ (cognitive reappraisal) และการปรับการตอบสนอง (response modulation) ผ่านกิจกรรมกลุ่มที่เหมาะสมตามวัย เด็กได้ฝึกระบุสถานการณ์ที่ท้าทายทางอารมณ์ เช่น ความขัดแย้งระหว่างบิดามารดา หรือปัญหากับเพื่อน ฝึกสร้างการตีความทางเลือก และฝึกแสดงออกทางอารมณ์อย่างสร้างสรรค์ในบริบทสังคม การฝึกซ้ำผ่านการอภิปรายกลุ่มและการบ้านช่วยเสริมการคงอยู่ของทักษะ (skill consolidation) และเอื้อต่อการเปลี่ยนผ่านจากการกำกับอารมณ์แบบใช้ความพยายาม ไปสู่การตอบสนองที่เหมาะสมอย่างอัตโนมัติมากขึ้น กลไกดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่ชี้ว่าโปรแกรมพัฒนาการกำกับอารมณ์สามารถลดปัญหาพฤติกรรมและส่งเสริมการปรับตัวทางจิตสังคมในเด็กและวัยรุ่นได้[16]

สมมติฐานข้อที่ 2 ได้รับการสนับสนุนเช่นกัน โดยคะแนนการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยของความสามารถรวมในกลุ่มทดลอง (M change = 30.37, SD = 17.41) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M change = −6.93, SD = 8.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t(58) = 10.57$, $p < .001$ ที่สำคัญ กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มคะแนนลดลงในหลายองค์ประกอบ ซึ่งสอดคล้องกับวรรณกรรมที่ระบุว่าการหย่าร้างของบิดามารดาโดยไม่มีระบบสนับสนุนเชิงโครงสร้าง อาจเพิ่มความเปราะบางต่อความทุกข์ทางอารมณ์ การแยกตัว ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง และปัญหาทางการเรียน[17] ความแตกต่างของแนวโน้มระหว่างสองกลุ่มจึงสะท้อนบทบาทเชิงป้องกัน (protective effect) และศักยภาพเชิงป้องกันล่วงหน้า (preventive impact) ของโปรแกรมอย่างชัดเจน

ในเชิงพัฒนาการ วัยเด็กตอนกลางเป็นช่วงที่เด็กมีความไวต่อการเปรียบเทียบทางสังคมและการประเมินจากเพื่อน การเผชิญการหย่าร้างในช่วงวัยนี้อาจก่อให้เกิดความรู้สึกอับอาย ความแตกต่างหรือการโทษตนเอง หากขาดการชี้แนะอย่างเหมาะสม ความขัดแย้งในครอบครัวและการสูญเสียความสัมพันธ์อาจนำไปสู่การก่อตัวของแบบแผนความคิดและการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว[18] การเสริมสร้างการตระหนักรู้ตนเอง การจัดการอารมณ์ และทักษะความสัมพันธ์ จึงเป็นการสร้างปัจจัยคุ้มครองภายในที่ช่วยสนับสนุนการปรับตัวในโรงเรียนและความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างเหมาะสม ในเชิงคลินิก ผลการวิจัยมีนัยสำคัญต่อการปฏิบัติทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพจิตในโรงเรียน พยาบาลโรงเรียนและบุคลากรสาธารณสุขชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดำเนินโปรแกรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมการกำกับอารมณ์ใน

ระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กจากบริบทครอบครัวที่มีความเสี่ยง การบูรณาการโปรแกรมดังกล่าวเข้ากับบริการสุขภาพในโรงเรียนอาจช่วยลดการเสื่อมถอยทางจิตสังคมในช่วงการเปลี่ยนผ่านของครอบครัว และลดโอกาสการเกิดปัญหาทางจิตเวชในอนาคต การวิจัยนี้ให้หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนความสัมพันธ์เชิงแนวคิดระหว่างการหย่าร้างของบิดามารดา กระบวนการกำกับอารมณ์ และความสามารถด้านอารมณ์และสังคมของเด็ก โปรแกรมแทรกแซงที่พัฒนาบนพื้นฐานแบบจำลองของ Gross สามารถเพิ่มพูนการทำหน้าที่เชิงปรับตัวและแสดงผลเชิงคุ้มครองได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ ควรมีการวิจัยแบบสุ่มอย่างสมบูรณ์ (randomized controlled trials) และการติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ และศึกษากลไกตัวแปรสื่อกลางที่เกี่ยวข้องต่อไป ตามที่แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 เส้นทางการแทรกแซงและผลลัพธ์ของโปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับเด็กที่ประสบภาวะบิดามารดาหย่าร้าง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถด้านอารมณ์และสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.55$, $p < .001$) และมีการเปลี่ยนแปลงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($t(58) = 10.57$, $p < .001$) จึงเสนอให้มีการนำโปรแกรมส่งเสริมการกำกับอารมณ์ไปประยุกต์ใช้ในบริบทโรงเรียนในฐานะมาตรการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงป้องกัน (preventive mental health strategy) พยาบาลโรงเรียน ครูแนะแนว และครูประจำชั้น ดังนี้

1. ควรทำงานแบบสหวิชาชีพเพื่อบูรณาการโปรแกรมเข้าสู่กิจกรรมแนะแนวหรือกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งจัดให้มีระบบคัดกรองเชิงรุกเพื่อค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงจากครอบครัวหย่าร้างตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

2. ควรมีการพัฒนาการอบรมผู้ปฏิบัติ (practitioner training) และจัดทำคู่มือมาตรฐาน

(standardized manual) เพื่อให้การดำเนินโปรแกรมมีความสอดคล้องและคงคุณภาพตามกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาและผู้ดูแล เพื่อเสริมสร้างและต่อยอดทักษะการกำกับอารมณ์ของเด็กในบริบทครอบครัว

3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาแบบสุ่มควบคุม (randomized controlled trials) และการติดตามผลระยะยาว (longitudinal studies) เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ ศึกษากลไกตัวแปรสื่อกลาง (mediators) และวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (cost-effectiveness) ของโปรแกรมในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Chompikul, J., Keiwkarnka, B., & Sukhontachai, J. (2009). Family and child development: Socialization and well-being. *Journal of Family Health,* 21(1), 12–20.
2. National Statistical Office of Thailand. (2024). *Marriage and divorce statistics in Thailand 2006–2016*. Author.
3. Barrett, A. E., & Turner, R. J. (2005). Family structure and mental health: The mediating effects of socioeconomic status, family process, and social stress. *Journal of Health and Social Behavior,* 46(2), 156–169.
4. Feldhaus, M., & Heintz-Martin, V. (2015). Long-term effects of parental separation on adult romantic relationships. *Journal of Family Issues, 36*(12), 1663–1685.
5. Cooley, J. L., & Fite, P. J. (2016). Peer victimization and forms of aggression during adolescence: The moderating role of emotion regulation. *Journal of Youth and Adolescence,* 45(4), 1–14.
6. Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2015). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment,* 11(3), 191–206.
7. Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science,* 2(4), 387–401.
8. Pathum Thani Provincial Office. (2024). *Annual report on youth behavioral risk indicators*. Author.
9. Amato, P. R., & Anthony, C. J. (2014). Estimating the effects of parental divorce and death with fixed effects models. *Journal of Marriage and Family,* 76(2), 370–386.
10. Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R., & Pickles, A. (2007). Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 48(2), 135–144.
11. Lertsrisimongkol, C., & Wisetsuwanphum, C. (2012). Emotional coping in children from separated families. *Thai Journal of Nursing Research,* 16(2), 45–58.
12. Roberts, A. R. (2002). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (3rd ed.). Oxford University Press.
13. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods,* 41(4), 1149–1160.
14. Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Educational Research Perspectives,* 4(2), 49–60.
15. Kim, H.-Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: Assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics,* 38(1), 52–54.
16. Zhou, Q., Chen, S. H., & Main, A. (2017). Commonalities and differences in emotion regulation and child adjustment. *Child Development Perspectives,* 11(4), 1–10.
17. Jackson, D. B., Rogers, T. N., & Murrie, D. C. (2016). Parental divorce and children's academic outcomes. *Child Psychiatry & Human Development,* 47(4), 1–13.
18. Klasen, F. (2015). The longitudinal BELLA study: Design, methods, and first results on the course of mental health problems. *European Child & Adolescent Psychiatry,* 24(6), 651–663.

ปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จในการใช้คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ เพื่อลดความรุนแรงในโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป

Successful Implementing Gentle Communication for Gentle Healthcare Handbook in Regional and General Hospitals: a predictive factors study.

(Received: March 28,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

วีร์ เมฆวิลัย[1] ,พาสนา คุณาธิวัฒน์[2] ,บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์[3]
Wee Mekwilai[1] Passana Gunadhivadhana[2] ,Burin Suraaroonsamrit[3]

บทคัดย่อ

ความรุนแรงต่อบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาวะของผู้ให้บริการและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การทำความเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการใช้คู่มือสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพยังมีความจำเป็นสำหรับการขยายผลอย่างยั่งยืน การวิจัยนี้เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จในการใช้คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณแบบ Quantitative follow-up study ในบุคลากรสาธารณสุข 132 คน จาก โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไปภูมิภาคทั่วประเทศ ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา Independent Sample t-test, One-way ANOVA, Chi-square test และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบลำดับชั้น ผลการศึกษาพบว่า ภูมิภาคเป็นปัจจัยพยากรณ์เดียวที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโรงพยาบาลในภาคเหนือมีการรับรู้ประสิทธิผลสูงที่สุดและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากภาคอื่น ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ อายุ วิชาชีพ ประสบการณ์ การสนับสนุนจากหัวหน้างาน และภาระงาน ไม่เป็นปัจจัยพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในแบบจำลองถดถอยพหุคูณ โรงพยาบาลทั่วไปมีการรับรู้ประสิทธิผลสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์ บุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยมีการรับรู้ประสิทธิผลสูงกว่าบุคลากรอาวุโส และมีสัดส่วนผู้ใช้งานสม่ำเสมอสูงในระยะสามเดือนหลังการเริ่มใช้ ภูมิภาคเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรพิจารณาในการวางแผนกลยุทธ์การขยายผลคู่มือ โดยควรปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับแต่ละภูมิภาคและประเภทโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ปัจจัยพยากรณ์, การสื่อสารเชิงบวก, ความรุนแรงในสถานพยาบาล, บุคลากรสุขภาพ, โรงพยาบาล

Abstract

This study examined the factors influencing the successful implementation of a positive communication manual aimed at reducing violence against healthcare personnel. While the manual demonstrated overall effectiveness, the only statistically significant predictor of success was geographical region, with hospitals in the northern region reporting the highest perceived effectiveness compared to other regions. In contrast, individual factors such as gender, age, profession, work experience, supervisory support, and workload were not significant predictors in the multivariate model. Additionally, general hospitals and less experienced staff tended to perceive the manual as more effective than tertiary hospitals and more senior personnel. These findings suggest that scaling up the implementation of the manual should prioritize context-sensitive strategies, particularly adaptations tailored to regional and institutional differences, rather than a one-size-fits-all approach.

Keywords: effectiveness, guidebook, healthcare violence, healthcare personnel, positive communication

[1] นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
[3] นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

บทนำ

ความรุนแรงต่อบุคลากรสาธารณสุขเป็นภาวะวิกฤตระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาวะของผู้ให้บริการและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ให้บริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิซึ่งต้องรับผู้ป่วยจำนวนมากและมีความซับซ้อนสูง ข้อมูลสหรัฐอเมริกาแสดงว่า ภาคสุขภาพมีอัตราการเกิดเหตุรุนแรง 14 ครั้งต่อพนักงาน 10,000 คน ซึ่งสูงกว่าภาคอื่นถึง 3 เท่า[1] และแม้บุคลากรทางการแพทย์จะมีสัดส่วนเพียง 10% ของแรงงานทั้งหมด แต่กลับได้รับบาดเจ็บจากความรุนแรงเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ได้รับบาดเจ็บทั้งหมด[2] อุบัติการณ์ความรุนแรงเพิ่มขึ้นมากกว่า 105.6% ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะในช่วงปี 2020 - 2022[3]

สถานการณ์ในประเทศไทยมีความรุนแรงไม่แพ้ประเทศอื่น การศึกษาล่าสุด ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 5 ภูมิภาค พบว่า บุคลากรสุขภาพ 88% เคยประสบความขัดแย้งหรือความรุนแรงโดยเฉลี่ย3.2 ครั้งต่อเดือน โดยพบมากที่สุดในแผนกฉุกเฉิน (5.8 ครั้งต่อเดือน) อย่างไรก็ตาม มีเพียง 26% ที่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านการสื่อสารหรือการจัดการความขัดแย้ง และเพียง 12% ที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้านการจัดการความรุนแรง แสดงช่องว่างสำคัญในการเตรียมความพร้อมของบุคลากร[4]

ผลกระทบของความรุนแรงมีหลายมิติ บุคลากรที่ประสบเหตุการณ์ความรุนแรงมักมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล หมดไฟในการทำงาน และความเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ[5-6] ซึ่งไม่เพียงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร แต่ยังลดคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย[7] ในระดับองค์กร โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาใช้งบประมาณสูงถึง 18.27 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2023 เพื่อจัดการและป้องกันความรุนแรง[8] นอกจากภาระค่าใช้จ่าย ปัญหานี้ยังเชื่อมโยงกับอัตราการลาออกที่สูงและการขาดแคลนกำลังคนในระยะยาว

การสื่อสารมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดความขัดแย้งและความรุนแรงในสถานพยาบาล The Joint Commission รายงานว่า การสื่อสารที่บกพร่องเป็นสาเหตุหลักของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากกว่า 60% และเป็นสาเหตุของข้อผิดพลาดทางการแพทย์ที่เป็นอันตรายประมาณ 67%[9-10] สาเหตุที่นำไปสู่ความขัดแย้งมักเกิดจากความคาดหวังที่ไม่สมจริง การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ระยะเวลารอคอยที่นานเกินไป และทรัพยากรที่จำกัด[11]

การสื่อสารเชิงบวกได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันและลดความรุนแรง แนวคิดนี้มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของ Peplau ในปี 1952[12] หลักฐานการวิจัยพบว่า การฝึกทักษะการสื่อสารช่วยลดการรับรู้ความก้าวร้าวและความทุกข์ใจในระยะหกเดือนหลังการแทรกแซง[13]และผู้ให้บริการที่แสดงความเอาใจใส่สามารถปรับปรุงผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[14]

จากงานวิจัยก่อนหน้า วีร์ เมฆวิลัย และคณะ ในปี 2568 ได้พัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกที่ผสมผสานวัฒนธรรมไทยเข้ากับเทคนิค De – escalation[15] ผลการประเมินประสิทธิผลในกลุ่มตัวอย่าง 50 คน จาก 5 โรงพยาบาล พบว่า คู่มือลดความรุนแรงทางกายลง 25.0% ทางวาจาลง 17.8% เพิ่มความรู้สึกปลอดภัยจาก 3.0 เป็น 3.6 (Effect Size=0.55, $p<0.01$) และเพิ่มความมั่นใจในการจัดการความขัดแย้งจาก 3.1 เป็น 3.8 (Effect Size=0.58, $p<0.01$)[4]

อย่างไรก็ตาม การใช้งานในระยะยาวและการขยายผลยังคงเป็นความท้าทาย เนื่องจากความสำเร็จไม่ได้ขึ้นอยู่กับคุณภาพของนวัตกรรมเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง งานวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จแบ่งเป็นปัจจัยระดับบุคคล เช่น ความรู้ ทักษะ ระสบการณ์ และความเชื่อในประสิทธิภาพของตนเอง[16] และปัจจัยระดับองค์กร เช่น การสนับสนุนจากผู้บริหาร

วัฒนธรรมองค์กร ภาระงาน และบรรยากาศการทำงาน[5]

การเข้าใจปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จจึงมีความสำคัญต่อการวางแผนกลยุทธ์สนับสนุนและการขยายผล ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้บริหารระบุกลุ่มที่ต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม ออกแบบหลักสูตรการฝึกอบรมที่เหมาะสม และจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การศึกษาความแตกต่างในบริบทต่างๆ เช่น ระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป หรือระหว่างภูมิภาคต่างๆ จะช่วยให้สามารถปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับแต่ละบริบท

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จในการใช้คู่มือการสื่อสารเชิงบวกเพื่อลดความรุนแรงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โดยวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคล(เพศ อายุ วิชาชีพ ประสบการณ์ ความรู้ ทักษะ ความถี่ในการใช้) และปัจจัยระดับองค์กร (ภูมิภาค ประเภทโรงพยาบาล การสนับสนุนจากหัวหน้างาน ภาระงาน สภาพแวดล้อมการทำงาน) ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนากลยุทธ์สนับสนุน การปรับปรุงคู่มือ และการวางแผนขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ทั่วประเทศอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จในการใช้คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ เพื่อลดความรุนแรงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตามหลัง (Follow-up study) ที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาประสิทธิผลของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 2 ของการศึกษาหลัก ซึ่งเป็นการติดตามผลการใช้คู่มือในระยะยาว 3 เดือน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการใช้คู่มือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ใช้คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทั่วประเทศ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบลำดับชั้น โดยกำหนด $\alpha = 0.05$, Power = 0.80, Effect size = 0.45 และการทดสอบแบบสองทางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างพื้นฐาน 98 คน เพิ่ม Dropout rate 10% จึงได้ 109 คน จากการเก็บข้อมูลได้ 132 คน จาก 136 คน (อัตราตอบกลับ 97.0%)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการใช้คู่มือ ประกอบด้วยส่วนสำคัญดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ วิชาชีพ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ภูมิภาค ประเภทโรงพยาบาล และประสบการณ์การฝึกอบรมที่เคยได้รับ

2. การรับรู้ประสิทธิผลของคู่มือ ใช้มาตราวัด Likert Scale 5 ระดับ วัดสามด้าน คือ การลดเหตุการณ์ความรุนแรง การปรับปรุงบรรยากาศการทำงาน และการเพิ่มความมั่นใจในการจัดการสถานการณ์ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

3. ความถี่การใช้งานคู่มือ ประเมินด้วยมาตรวัด 5 ระดับ ได้แก่ ใช้ทุกวัน ใช้บ่อย ใช้ปานกลาง ใช้น้อย และไม่ใช้งาน

4. ความรู้และทักษะ ประกอบด้วย ความรู้เนื้อหาคู่มือ (15 คะแนน จาก 3 ข้อ) ความถี่ใช้เทคนิค (12 คะแนน จาก 3 ข้อ) และประสิทธิผลที่รับรู้ (10 คะแนน จาก 2 ข้อ)

5. ปัจจัยระดับองค์กร ประกอบด้วย การสนับสนุนจากหัวหน้างาน (แบ่งเป็น ได้รับการสนับสนุนดี และได้รับการสนับสนุนน้อย) การเข้า

อบรมเสริม (แบ่งเป็น เข้าร่วม 2 ครั้งขึ้นไป, เข้าร่วม 1 ครั้ง, และไม่เข้าร่วม) ภาระงาน (แบ่งเป็น ภาระงานปกติ และภาระงานหนัก) และสภาพแวดล้อมการทำงาน

แบบสอบถามพัฒนาผ่าน 4 ขั้นตอน คือ ทบทวนวรรณกรรม ร่างแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (จิตแพทย์ 2 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน) คัดเลือกข้อที่มีค่า IOC ≥ 0.80 และทดสอบนำร่องเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ การตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's Alpha พบว่า ความรู้เนื้อหา (α=0.82) ความถี่ใช้เทคนิค (α=0.85) และประสิทธิผลที่รับรู้ (α=0.88) มีความเชื่อมั่นในระดับดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในเดือนกันยายน - ตุลาคม 2568 โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่านระบบ Google Forms ส่งให้กลุ่มเป้าหมาย 136 คน ซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่เคยเข้าร่วมการทดลองใช้คู่มือและได้รับการติดตามผลเป็นเวลา 3 เดือน ได้รับการตอบกลับ 132 ชุด (อัตราตอบกลับ 97.0%)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จแบ่งเป็น

1. สถิติพรรณนา ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรต่างๆ

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent Sample t-test เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประสิทธิผลระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป One-way ANOVA เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประสิทธิผลระหว่างภูมิภาคต่างๆ และตามปัจจัยอื่นๆ เช่น ประสบการณ์การทำงาน วิชาชีพ ภาระงาน การสนับสนุนจากหัวหน้างาน Chi-square test เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการใช้งานคู่มือ และ Pearson's correlation วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่อเนื่องกับคะแนนการรับรู้ประสิทธิผล

3. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบลำดับชั้น (Hierarchical Multiple Regression) เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จในการใช้คู่มือ โดยใช้คะแนนการรับรู้ประสิทธิผลเป็นตัวแปรตาม พิจารณาค่า R^2, Adjusted R^2, F-statistic, การเปลี่ยนแปลงของ R^2 (ΔR^2) และสัมประสิทธิ์การถดถอย (B, SE, β, t, p-value) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ EC 033-2568 ลงวันที่ 21 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขจำนวนทั้งสิ้น 132 คน ที่ได้รับการคัดเลือกจากโรงพยาบาลใน 5 ภูมิภาคทั่วประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 76 คน (ร้อยละ 57.6) และเพศชาย 56 คน (ร้อยละ 42.4) มีช่วงอายุกระจายตัวในวัยทำงานผลิตภาพ โดยอายุ 25-35 ปี 53 คน (ร้อยละ 40.2) และ 36-45 ปี 52 คน (ร้อยละ 39.4) รวมกันคิดเป็นเกือบร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่าง ด้านวิชาชีพ พบว่าพยาบาลมีจำนวนมากที่สุด 64 คน (ร้อยละ 48.5) รองลงมาเป็นสหวิชาชีพ 40 คน (ร้อยละ 30.3) และแพทย์ 28 คน (ร้อยละ 21.2) สะท้อนความหลากหลายของบุคลากรสาธารณสุขที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ ประสบการณ์การทำงานกระจายตัวค่อนข้างสม่ำเสมอในทุกระดับ โดยมากที่สุดคือ 5-10 ปี 46 คน (ร้อยละ 34.8) ตามด้วย 11-15 ปี 30 คน (ร้อยละ 22.7) น้อยกว่า 5 ปี 29 คน (ร้อยละ 22.0) และมากกว่า 15 ปี 27 คน (ร้อยละ 20.5) การกระจายตามภูมิภาคครอบคลุมภาคกลาง 35 คน (ร้อยละ 26.5) ภาคอีสาน 33

คน (ร้อยละ 25.0) ภาคเหนือ 28 คน (ร้อยละ 21.2) ภาคใต้ 26 คน (ร้อยละ 19.7) และกรุงเทพมหานคร 10 คน (ร้อยละ 7.6) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป 89 คน (ร้อยละ 67.4) และโรงพยาบาลศูนย์ 43 คน (ร้อยละ 32.6) ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายในทุกมิติดังกล่าวช่วยเพิ่มความสามารถในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ได้กว้างขวางในบริบทของระบบสาธารณสุขไทย

ตารางที่ 1 ค่าสถิติพรรณนาของตัวแปรผลลัพธ์หลัก

ตัวแปรผลลัพธ์	M	SD	Min	Max	95% CI
คะแนนประสิทธิผล (0-5)	4.26	0.52	2.83	5.00	4.17, 4.35
อัตราการลดความรุนแรง (%)	15.04	53.58	-333.33	95.24	5.89, 24.18
การปรับปรุงทางจิตวิทยา (0-5)	0.53	0.38	-0.66	1.56	0.47, 0.59
คะแนนความรู้ (0-5)	4.10	0.39	3.00	5.00	4.04, 4.17
คะแนนทักษะ (0-5)	3.21	0.43	2.00	4.00	3.14, 3.28
การรับรู้ประโยชน์-ลดความเครียด (0-5)	4.23	0.65	3.00	5.00	4.12, 4.35
การรับรู้ประโยชน์-ประสิทธิภาพงาน (0-5)	4.22	0.72	3.00	5.00	4.10, 4.34
ความพึงพอใจโดยรวม (0-5)	4.36	0.64	3.00	5.00	4.25, 4.47

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่าคะแนนประสิทธิผลโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.26, SD = 0.52) อัตราการลดความรุนแรงเฉลี่ย 15.04% แม้จะมีความแปรปรวนสูง (SD = 53.58) บ่งชี้ความแตกต่างระหว่างบุคคล ด้านจิตวิทยาพบการปรับปรุงในระดับปานกลาง (M = 0.53) ผู้เข้าร่วมมีคะแนนความรู้สูง (M = 4.10) แต่มีคะแนนทักษะปานกลาง (M = 3.21) สะท้อนช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์และความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง (M > 4.20) แสดงถึงการยอมรับและความพึงพอใจต่อคู่มือ

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของปัจจัยพยากรณ์

ปัจจัย	F	df	p
ปัจจัยระดับบุคคล			
ประสบการณ์การทำงาน	3.315	3, 128	**.022**
เพศ	0.658	1, 130	.519
วิชาชีพ	0.658	2, 129	.519
ประวัติการอบรม	1.479	2, 129	.232
ความถี่การใช้คู่มือ	0.072	3, 128	.975
ปัจจัยระดับองค์กร			
ภูมิภาค	3.007	4, 127	**.021**
การสนับสนุนจากหัวหน้า	1.454	2, 129	.237
ภาระงาน	1.308	2, 129	.274
สภาพแวดล้อมการทำงาน	1.238	3, 128	.299
ประเภทโรงพยาบาล†	-0.697	130	.487

หมายเหตุ: † ใช้ t-test สำหรับตัวแปร 2 กลุ่ม

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนประสิทธิผลระหว่างภูมิภาค

ภูมิภาค	n	M	SD	95% CI
ภาคเหนือ	28	4.46	0.39	4.31, 4.61
ภาคใต้	26	4.35	0.45	4.17, 4.53
ภาคอีสาน	33	4.29	0.46	4.13, 4.45
กรุงเทพมหานคร	10	4.13	0.48	3.79, 4.47
ภาคกลาง	35	4.05	0.64	3.83, 4.27

ตารางที่ 3 พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภูมิภาค โดยภาคเหนือมีคะแนนประสิทธิผลสูงสุด (M = 4.46, SD = 0.39) และแตกต่างจากภาคกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Mean difference = 0.408, p = .005) ภาคกลางมีคะแนนต่ำสุด (M = 4.05, SD = 0.64) และมีความแปรปรวนสูงกว่าภูมิภาคอื่น ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงอิทธิพลของวัฒนธรรมท้องถิ่น ลักษณะชุมชน และบริบททางสังคมที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค โดยภาคเหนือมีลักษณะชุมชนที่เน้นความสัมพันธ์ใกล้ชิดและการมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการสื่อสารที่เน้นความนุ่มนวลและเคารพซึ่งกันและกัน

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนประสิทธิผลตามประสบการณ์การทำงาน

ประสบการณ์	n	M	SD	95% CI
น้อยกว่า 5 ปี	29	4.46	0.56	4.25, 4.67
5-10 ปี	46	4.26	0.47	4.12, 4.40
11-15 ปี	30	4.28	0.53	4.08, 4.48
มากกว่า 15 ปี	27	4.03	0.46	3.85, 4.21

ตารางที่ 4 พบความสัมพันธ์แบบ Inverted U-shape ระหว่างประสบการณ์การทำงานกับคะแนนประสิทธิผล โดยบุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปีมีคะแนนสูงสุด (M = 4.46) และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปี (M = 4.03, mean difference = 0.425, p = .003) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ระบุว่าบุคลากรรุ่นใหม่มีความยืดหยุ่นและเปิดรับการเรียนรู้วิธีการใหม่ได้ดีกว่า ในขณะที่บุคลากรที่มีประสบการณ์มากมีกรอบความคิดและรูปแบบการทำงานที่ตั้งหลักแล้ว ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความท้าทายมากกว่า อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบนี้บ่งชี้ความจำเป็นในการพัฒนากลยุทธ์การสนับสนุนเฉพาะสำหรับบุคลากรอาวุโส เช่น การจัดเวิร์คช็อปที่เน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการบูรณาการเทคนิคใหม่เข้ากับภูมิปัญญาที่มีอยู่

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนกับพฤติกรรมการใช้คู่มือ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนกับพฤติกรรมการใช้คู่มือด้วย Chi-square พบว่าปัจจัยสนับสนุนสามด้านมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการใช้งาน ได้แก่ การสนับสนุนจากหัวหน้างาน (χ^2=18.42, df=2, p<.001) ผู้ได้รับการสนับสนุนดีใช้งานสม่ำเสมอ 86.0% เทียบกับ 56.0% ในกลุ่ม สนับสนุนน้อย การเข้าอบรมเสริม (χ^2=12.67, df=2, p<.001) กลุ่มอบรม 2 ครั้ง ขึ้นไปใช้งานสม่ำเสมอ 55.8% เทียบกับไม่อบรม

11.6% และภาระงาน (χ^2=9.73, df=2, p=.002) ผู้มีภาระปกติใช้งานสม่ำเสมอ 62.8% เทียบกับภาระหนัก 43.5% การวิเคราะห์แบบรวมพบว่า ผู้มีปัจจัยสนับสนุนครบทั้งสามมีอัตราการใช้งานต่อเนื่อง 87.5% ขณะที่ขาดทั้งสามปัจจัยมีอัตราเพียง 23.1% แสดงผลกระทบ สะสมของปัจจัยสนับสนุนต่อความยั่งยืนในการใช้งาน

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบลำดับชั้น

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบลำดับชั้น พบว่า Model 1 (ปัจจัยระดับบุคคล) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพียง 4.6% และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .427) Model 2 (ปัจจัยระดับองค์กร) อธิบายความแปรปรวนได้ 6.7% และใกล้จะมีนัยสำคัญ (p = .117) Model 3 (แบบจำลองเต็ม) อธิบายความแปรปรวนได้สูงสุดที่ 11.2% แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติโดยรวม (p = .191)

ตารางที่ 5 สัมประสิทธิ์การถดถอยที่สำคัญจาก Model 3

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	β	t	p
ภูมิภาค	0.100	0.036	.241	2.771	**.007**
เพศ	-0.184	0.094	-.176	-1.966	**.052**
ภาระงาน	-0.063	0.064	-.089	-0.982	.328
วิชาชีพ	0.049	0.058	.076	0.852	.396
ประเภทโรงพยาบาล	-0.029	0.099	-.027	-0.296	.768
สภาพแวดล้อมการทำงาน	-0.011	0.046	-.022	-0.247	.805
ระยะเวลาใช้คู่มือ	-0.032	0.042	-.063	-0.767	.445
ประสบการณ์การทำงาน	-0.026	0.043	-.053	-0.610	.543
การสนับสนุนจากหัวหน้า	0.037	0.073	.045	0.507	.613
คะแนนความรู้	0.011	0.078	.009	0.146	.884
คะแนนทักษะ	0.007	0.090	.006	0.074	.941

หมายเหตุ: B = unstandardized coefficient, β = standardized coefficient

ตารางที่ 5 เมื่อพิจารณาตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวใน Model 3 พบว่า ภูมิภาคเป็นตัวแปรพยากรณ์เดียวที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .241, p = .007) โดยมี standardized coefficient เป็นบวก แสดงว่าบางภูมิภาค (โดยเฉพาะภาคเหนือ) มีแนวโน้มที่จะมีคะแนนประสิทธิผลสูงกว่าภูมิภาคอื่นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ เพศมีแนวโน้มเข้าใกล้นัยสำคัญทางสถิติ (β = -.176, p = .052) โดยเพศหญิงมีแนวโน้มมีคะแนนประสิทธิผลต่ำกว่าเพศชายเล็กน้อยอำนาจการพยากรณ์ที่ค่อนข้างต่ำ (Adjusted R^2 = .031) บ่งชี้ว่ามีปัจจัยอื่นๆ ที่ยังไม่ได้นำมาพิจารณาซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการใช้คู่มือ เช่น แรงจูงใจภายใน ความเชื่อในประสิทธิผลของตนเอง (Self-efficacy) วัฒนธรรมองค์กร และคุณภาพของการนำไปปฏิบัติจริง ผลการศึกษานี้เน้นย้ำถึงความซับซ้อนของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในองค์กรสาธารณสุขและความจำเป็น ในการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลเหล่านี้อย่างลึกซึ้ง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าภูมิภาคเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่สำคัญที่สุดต่อความสำเร็จในการใช้คู่มือการสื่อสารเชิงบวก รองลงมาคือประสบการณ์การทำงาน ขณะที่ปัจจัยอื่นๆ เช่น วิชาชีพ ความถี่การใช้ และการสนับสนุนจากหัวหน้า ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อำนาจการพยากรณ์ที่ต่ำ (11.2%) บ่งชี้ว่ายังมีปัจจัยอื่นที่ยังไม่ได้วัดซึ่งควรได้รับการศึกษาต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จในการใช้คู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โดยวิเคราะห์ทั้งปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยระดับองค์กร ผลการวิจัยที่ได้มีประเด็นสำคัญที่ควรอภิปราย ดังนี้

ปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จในการใช้คู่มือ

ภูมิภาค

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบลำดับชั้นพบว่าในแบบจำลองสุดท้าย (Model 3) มีเพียงปัจจัยภูมิภาคเท่านั้นที่สามารถพยากรณ์ความสำเร็จในการใช้คู่มือได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β=.241, p=.007) โดยที่แบบจำลองทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสำเร็จได้เพียง 11.2% (R^2 = .112, Adjusted R^2 = .031, F(11,120)=1.379, p=.191) แม้ว่าค่า R^2 จะค่อนข้างต่ำและแบบจำลองโดยรวมไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การที่ภูมิภาคเป็นปัจจัยพยากรณ์เดียวที่มีนัยสำคัญนั้นให้ข้อมูลที่มีคุณค่าสำหรับการปรับกลยุทธ์การนำคู่มือไปใช้

การวิเคราะห์เพิ่มเติมด้วย ANOVA และ Post-hoc test พบว่า โรงพยาบาลในภาคเหนือมีคะแนนการรับรู้ประสิทธิผลสูงที่สุด (M=4.46) และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากภาคกลาง (M=4.05, p=.005) ภาคใต้ (M=4.14, p=.048) และกรุงเทพมหานคร (M=4.13, p=.040) ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการที่สมควรได้รับการพิจารณา

ปัจจัยทางวัฒนธรรมและบริบทสังคมภาคเหนือของไทยมีวัฒนธรรมที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่อบอุ่น การให้เกียรติผู้อื่น และการสื่อสารที่นุ่มนวล ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการสื่อสารเชิงบวกในคู่มือ ทำให้บุคลากรในภาคเหนือสามารถนำเทคนิคไปใช้ได้อย่างเป็นธรรมชาติมากกว่า ในขณะที่โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและภาคกลางซึ่งตั้งอยู่ในเขตเมืองใหญ่มักมีลักษณะการทำงานที่เร่งรีบ มีแรงกดดันสูงและมีความซับซ้อนในการให้บริการมากกว่า ทำให้การนำเทคนิคการสื่อสารใหม่ไปใช้มีความท้าทายมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ซึ่งพบว่าสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความกดดันสูงส่งผลลบต่อการนำนวัตกรรมไปใช้[5]

ขนาดและความซับซ้อนของโรงพยาบาล โรงพยาบาลในภาคเหนือส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลขนาดกลางที่มีโครงสร้างองค์กรที่ไม่ซับซ้อนเกินไป ทำให้การสื่อสารภายในองค์กรมีประสิทธิภาพมากกว่าการเผยแพร่องค์ความรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้คู่มือเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าและบุคลากรมีความใกล้ชิดกันมากกว่า ในทางตรงกันข้าม โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและภาคกลางมักเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีผู้ป่วยซับซ้อนและหลากหลาย มีการแบ่งงานที่เฉพาะเจาะจงมากทำให้การสื่อสารข้ามหน่วยงานมีความท้าทายมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Thiese ในปี 2014 ที่พบว่า ขนาดและความซับซ้อนขององค์กรมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการนำนวัตกรรมไปใช้[16]

ลักษณะของผู้ป่วยและญาติ โรงพยาบาลในเขตเมืองใหญ่มักต้องรับมือกับผู้ป่วยและญาติที่มีความคาดหวังสูง มีความรู้จากการค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และมีแนวโน้มที่จะเรียกร้องสิทธิมากกว่าทำให้สถานการณ์ความขัดแย้งมีความซับซ้อนมากกว่าในพื้นที่ชนบท ซึ่งผู้ป่วยและญาติมักมีความไว้วางใจในบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าและมีความคาดหวังที่สมจริงมากกว่า การศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานของ The Joint Commission ในปี 2018) ที่ระบุว่า ความคาดหวังที่ไม่สมจริงเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความขัดแย้งและความรุนแรงในสถานพยาบาล[9]

ประสบการณ์การทำงาน

แม้ว่าประสบการณ์การทำงานจะไม่เป็นปัจจัยพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในแบบจำลองถดถอยพหุคูณแต่การวิเคราะห์ ANOVA พบรูปแบบที่น่าสนใจ คือ บุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5

ปีมีคะแนนการรับรู้ประสิทธิผลสูงที่สุด (M=4.46) รองลงมาคือกลุ่ม 5-10 ปี (M=4.27) และต่ำที่สุดคือกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปี (M=4.03) แสดงให้เห็นรูปแบบ inverted U-shape ที่ชัดเจน

รูปแบบนี้สามารถอธิบายได้จากมุมมองของทฤษฎีการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคลากรใหม่ที่มีประสบการณ์น้อยมักมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้สิ่งใหม่ มีความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และยังไม่มีกรอบความคิดหรือวิธีการทำงานที่ตายตัว ทำให้สามารถรับเทคนิคใหม่ได้ดี ในขณะที่บุคลากรที่มีประสบการณ์ 5-10 ปี ยังคงมีความกระตือรือร้นแต่เริ่มมีวิธีการทำงานของตนเอง อย่างไรก็ตาม บุคลากรที่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปี อาจมีวิธีการจัดการความขัดแย้งที่ตนคุ้นเคยและใช้มานาน ทำให้มีความต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการเรียนรู้เทคนิคใหม่มากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Magnavita และ Heponiemi ในปี 2011 ที่พบว่า อายุงานและประสบการณ์มีความสัมพันธ์แบบ U-shape กับการยอมรับนวัตกรรม[6]

นอกจากนี้ บุคลากรที่มีประสบการณ์มากอาจประสบกับภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) หรือความเหนื่อยล้าจากการเผชิญกับความขัดแย้งมาอย่างยาวนาน ทำให้มีพลังและแรงจูงใจในการเรียนรู้ทักษะใหม่น้อยลง การศึกษาของ Duan และคณะ สนับสนุนข้อค้นพบนี้โดยพบว่า บุคลากรที่มีอายุงานมากมักมีระดับความเหนื่อยล้าสูงกว่า ซึ่งส่งผลลบต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาวิชาชีพ[5]

เพศ

ในแบบจำลองถดถอยพหุคูณ พบว่าเพศมีแนวโน้มที่จะเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญ (β=-.176, p=.052) แม้ว่าจะอยู่ในระดับ Marginal significance แต่ก็แสดงให้เห็นแนวโน้มที่น่าสนใจ โดยเพศหญิงมีคะแนนการรับรู้ประสิทธิผลสูงกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้นที่พบว่า บุคลากรหญิงมักมีทักษะการสื่อสารและความเห็นอกเห็นใจที่ดีกว่า[14]

อย่างไรก็ตาม ควรตีความผลนี้ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากค่า p-value อยู่เหนือระดับนัยสำคัญที่กำหนดไว้ที่ 0.05 และอาจเป็นเพียงแนวโน้มที่ต้องการการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยัน นอกจากนี้ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น บทบาทและความคาดหวังทางเพศในสังคมไทย มากกว่าความแตกต่างทางชีวภาพ

ปัจจัยอื่นๆ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยหลายอย่างที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการใช้คู่มือกลับไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในแบบจำลองถดถอย ได้แก่ อายุ วิชาชีพ การสนับสนุนจากหัวหน้างาน ภาระงาน และสภาพแวดล้อมการทำงาน ข้อค้นพบนี้แม้จะดูขัดกับสมมติฐานเบื้องต้น แต่ก็ให้ข้อมูลที่มีนัยสำคัญทางวิชาการหลายประการ

คู่มือการสื่อสารเชิงบวกที่พัฒนาขึ้นอาจมีลักษณะที่เป็นสากลและใช้งานได้กับบุคลากรที่หลากหลาย โดยไม่จำเป็นต้องปรับแต่งตามลักษณะส่วนบุคคลหรือบริบทการทำงานมากนัก การที่คู่มือสามารถใช้ได้ผลดีกับบุคลากรทุกวิชาชีพทุกช่วงอายุ และในสภาพแวดล้อมการทำงานที่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมและความยืดหยุ่นของคู่มือ ซึ่งเป็นจุดแข็งสำคัญสำหรับการขยายผลในวงกว้าง

การที่ปัจจัยระดับองค์กร เช่น การสนับสนุนจากหัวหน้างานและภาระงาน ไม่มีนัยสำคัญในแบบจำลองถดถอย อาจบ่งชี้ว่า คู่มือนี้สามารถใช้ได้ดีแม้ ในสภาวะที่ไม่เอื้ออำนวย บุคลากรสามารถนำไปใช้ด้วยตนเองได้โดยไม่จำเป็น ต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากองค์กรมากนัก

ค่า R^2 ที่ค่อนข้างต่ำ (11.2%) บ่งชี้ว่า ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้รวมอยู่ในแบบจำลองการวิจัยครั้งนี้ที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการใช้คู่มือ ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยระดับบุคคลที่ซับซ้อนกว่า เช่น บุคลิกภาพ ความฉลาดทางอารมณ์

แรงจูงใจภายใน หรือประสบการณ์ส่วนตัวในการเผชิญความขัดแย้ง หรืออาจเป็นปัจจัยระดับองค์กรที่ละเอียดกว่า เช่น วัฒนธรรมองค์กร ความพร้อมของระบบสนับสนุน หรือนโยบายการจัดการความรุนแรงของโรงพยาบาล การศึกษาในอนาคตควรพิจารณาปัจจัยเหล่านี้เพิ่มเติม

ความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ t-test พบว่า โรงพยาบาลทั่วไปมีคะแนนการรับรู้ประสิทธิผลสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์อย่างมีนัยสำคัญในสองด้าน คือ การลดเหตุการณ์ความรุนแรง (4.3 ต่อ 4.1, p=0.032) และการปรับปรุงบรรยากาศการทำงาน (4.4 ต่อ 4.2, p=0.014) ในขณะที่ด้านความมั่นใจในการจัดการไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (4.2 ต่อ 4.0, p=0.060)

ความแตกต่างนี้สามารถอธิบายได้จากหลายมิติ ประการแรก โรงพยาบาลทั่วไปมักมีขนาดเล็กกว่ามีโครงสร้างองค์กรที่ไม่ซับซ้อนเกินไป ทำให้การสื่อสารภายในองค์กรมีประสิทธิภาพมากกว่า การเผยแพร่และการนำเทคนิคใหม่ไปใช้เกิดขึ้นได้ง่ายกว่า และบุคลากรมีความใกล้ชิดกันมากกว่า ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ร่วมกันได้ดี ประการที่สอง ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปมีความซับซ้อนน้อยกว่า มีความคาดหวังที่สมจริงมากกว่า และมีความไว้วางใจในบุคลากรทางการแพทย์มากกว่า ทำให้การใช้เทคนิคการสื่อสารพื้นฐานสามารถแก้ปัญหาได้ดี ประการที่สาม โรงพยาบาลศูนย์มีผู้ป่วยที่ซับซ้อนและเฉียบพลัน มีความกดดันด้านเวลาสูง และมีจำนวนผู้ป่วยมาก ทำให้การนำเทคนิคใหม่ไปใช้มีความท้าทายมากกว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gillam และคณะ ที่พบว่าสภาพแวดล้อมที่มีความซับซ้อนสูงเป็นอุปสรรคต่อการนำเทคนิค De - escalation ไปใช้[13]

อย่างไรก็ตาม ด้านความมั่นใจในการจัดการไม่พบความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองประเภท แสดงให้เห็นว่า คู่มือสามารถเสริมสร้างความมั่นใจของบุคลากรได้ไม่ว่าจะทำงานในโรงพยาบาลประเภทใด ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับการสนับสนุนให้บุคลากรใช้คู่มืออย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของการวิจัย

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความหลากหลายจาก 5 ภูมิภาค แต่อาจยังไม่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลทุกระดับและทุกพื้นที่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน นอกจากนี้ การศึกษาใช้ระยะเวลาติดตามเพียง 3 เดือน ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอในการประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว นอกจากนี้ การศึกษานี้เน้นการวัดการรับรู้ประสิทธิผลของคู่มือเป็นหลัก ซึ่งอาจ แตกต่างจากพฤติกรรมการนำไปใช้จริงในระยะยาว การศึกษาในอนาคตควร ติดตามพฤติกรรมการใช้งานจริงและความยั่งยืนของการนำคู่มือไปปฏิบัติ

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ภูมิภาคเป็นปัจจัยพยากรณ์เดียวที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโรงพยาบาลในภาคเหนือมีการรับรู้ประสิทธิผลสูงที่สุดและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากภาคอื่นๆ ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ อายุ วิชาชีพ ประสบการณ์ การสนับสนุนจากหัวหน้างาน และภาระงาน ไม่เป็นปัจจัยพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในแบบจำลองถดถอยพหุคูณ แม้ว่าค่า R^2 จะค่อนข้างต่ำ บ่งชี้ว่ายังมีปัจจัยอื่นที่ต้องศึกษาเพิ่มเติม การศึกษายังพบว่า โรงพยาบาลทั่วไปมีการรับรู้ประสิทธิผลสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์ บุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยมีการรับรู้ประสิทธิผลสูงกว่าบุคลากรอาวุโส และมีสัดส่วนผู้ใช้งานสม่ำเสมอที่สูงในระยะสามเดือนหลังการเริ่มใช้ ผลการวิจัยมีนัยสำคัญสำหรับการปรับกลยุทธ์การขยายผลให้เหมาะสมกับแต่ละภูมิภาคและประเภทโรงพยาบาล และจำเป็นต้องมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยอื่นๆ และประเมินผลกระทบในระยะยาวต่อการลดความรุนแรงในสถานพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

การขยายผลการใช้คู่มือควรปรับกลยุทธ์ตามภูมิภาค โดยเฉพาะโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและภาคกลางที่มีความท้าทายสูง ควรได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น การพัฒนาเทคนิคเฉพาะสำหรับสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อนและมีความกดดันสูง นอกจากนี้ ควรบูรณาการเนื้อหาคู่มือเข้าในหลักสูตรปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ และพัฒนากลยุทธ์เฉพาะสำหรับบุคลากรอาวุโสที่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปี สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับความแตกต่างตามภูมิภาคด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ การติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 1-2 ปี และการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้รวมอยู่ในแบบจำลองปัจจุบัน เช่น บุคลิกภาพ ความฉลาดทางอารมณ์ และวัฒนธรรมองค์กร เพื่อเพิ่มความเข้าใจที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.Bureau of Labor Statistics.(2019). Workplace violence in healthcare: 2018 survey results [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Labor; 2019 [cited 2026 Feb 14]. 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 (OSHA 3148-06R) [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Labor; 2016 [cited 2026 Feb 14]. Available from: https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf

3.International Association for Healthcare Security & Safety Foundation.(2020). Healthcare crime survey 2020 [Internet]. Glendale Heights (IL): IAHSS Foundation; 2020 [cited 2026 Feb 14]. Available from: https://www.iahss.org/page/CrimeSurvey

4.วีร์ เมฆวิลัย, พาสนา คุณาธิวัฒน์, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์.(2568). ประสิทธิผลของคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(4):796-807.

5.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. doi:10.1186/s12955-019-1164-3

6.Magnavita N, Heponiemi T.(2011). Workplace violence against nursing students and nurses: An Italian experience. J Nurs Scholarsh. 2011;43(2):203-10. doi:10.1111/j.1547-5069.2011.01392.x

7.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. doi:10.1177/2165079915574684

8.Press Ganey Associates.(2019). The influence of violence on the patient experience [Internet]. South Bend (IN): Press Ganey; 2019 [cited 2026 Feb 14]. Available from: https://www.pressganey.com/resources/white-papers/the-influence-of-violence-on-the-patient-experience

9.The Joint Commission.(2018). Sentinel Event Alert 59: Physical and verbal violence against health care workers [Internet]. Oakbrook Terrace (IL): The Joint Commission; 2018 [cited 2026 Feb 14]. Available from: https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-alert-newsletters/sentinel-event-alert-59-physical-and-verbal-violence-against-health-care-workers/

10.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. doi:10.1136/qshc.2004.010033

11.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. doi:10.1192/bjp.2017.24

12.Peplau HE.(1952). Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. New York: G. P. Putnam's Sons; 1952.

13.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.doi:10.5811/westjem.2021.3.49369

14.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. doi:10.1177/0141076818769477

15. วีร์ เมฆวิลัย, พาสนา คุณาธิวัฒน์, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์.(2568). การพัฒนาคู่มือการสื่อสารเชิงบวกในบริการสุขภาพ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(3):999-1010.

16.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

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกำไรต่อหุ้นของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย : กรณีศึกษากลุ่มอุตสาหกรรมธุรกิจการเงินและอุตสาหกรรมบริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์

Factors Influencing Earnings Per Share of Listed Companies in the Stock Exchange of Thailand : A Case Study of Financial and Service in Commerce and Health Care Industry Groups

(Received: March 28,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

จิรพงษ์ จันทร์งาม[1]
Jirapong Channgam[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกำไรต่อหุ้นของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย กลุ่มอุตสาหกรรมธุรกิจการเงินและอุตสาหกรรมบริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์ โดยทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน อัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้น และอัตราส่วนการหมุนเวียนของสินทรัพย์รวม กับกำไรต่อหุ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบริษัทจดทะเบียนจำนวน 206 บริษัท ระหว่างปี พ.ศ. 2566-2567 รวม 412 หน่วยข้อมูล แบ่งเป็นกลุ่มธุรกิจการเงิน 71 บริษัท (ร้อยละ 34.5) และกลุ่มบริการบริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์ 135 บริษัท (ร้อยละ 65.5) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือข้อมูลทุติยภูมิจากงบการเงินที่ผ่านการตรวจสอบ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า อัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับกำไรต่อหุ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (β = 0.240, Sig. = 0.011) ในขณะที่อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนและอัตราส่วนการหมุนเวียนของสินทรัพย์รวมไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของกำไรต่อหุ้นได้ร้อยละ 2.6 (Adjusted R^2 = 0.026)

คำสำคัญ: กำไรต่อหุ้น, อัตราส่วนทางการเงิน, โครงสร้างเงินทุน, ธุรกิจการเงิน, ธุรกิจบริการบริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์

ABSTRACT

This survey research aimed to study factors influencing earnings per share (EPS) of listed companies in the Stock Exchange of Thailand, focusing on financial and service industry groups. The study examines relationships between current ratio, debt-to-equity ratio, total assets turnover ratio, and earnings per share. The sample consists of 206 listed companies during 2023-2024, totaling 412 observations, divided into 71 financial companies (34.5%) and 135 service companies (65.5%). Research instruments include secondary data from audited financial statements. Statistical analysis comprises descriptive statistics, Pearson's correlation analysis, and multiple regression analysis.

Results reveal that debt-to-equity ratio has a significant positive relationship with EPS at 0.05 level (β = 0.240, Sig. = 0.011), while current ratio and total assets turnover ratio show no significant relationships. The model explains 2.6% of EPS variance (Adjusted R^2 = 0.026).

Keywords: Earnings Per Share, Financial Ratios, Capital Structure, Financial Business, Service Business in Commerce and Health Care

---

[1] คณะบัญชี มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตชลบุรี E-mail: kgee789@hotmail.com

บทนำ

ในยุคที่เศรษฐกิจโลกมีความผันผวนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การลงทุนในตลาดหลักทรัพย์ได้กลายเป็นทางเลือกหนึ่งที่สำคัญสำหรับการสร้างความมั่งคั่งและการเติบโตทางการเงินของนักลงทุน ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทยได้มีบทบาทสำคัญในการระดมทุนสำหรับภาคธุรกิจและเป็นช่องทางการลงทุนที่สำคัญของนักลงทุนทั้งในประเทศและต่างประเทศ ณ สิ้นปี 2566 มีบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทยมากกว่า 800 บริษัท โดยมีมูลค่าตลาดรวมกันมากกว่า 18 ล้านล้านบาท แสดงให้เห็นถึงความสำคัญและขนาดของตลาดทุนไทยในระบบเศรษฐกิจของประเทศ[1]

กำไรต่อหุ้น (Earnings Per Share: EPS) ถือเป็นตัวชี้วัดทางการเงินที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย เป็นดัชนีสำคัญในการประเมินความสามารถในการทำกำไรของบริษัทจดทะเบียน และเป็นข้อมูลหลักที่นักลงทุนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใช้ในการประกอบการตัดสินใจลงทุนในตลาดทุน ทั้งนี้กำไรต่อหุ้นไม่เพียงสะท้อนประสิทธิภาพการดำเนินงาน แต่ยังมีอิทธิพลโดยตรงต่อราคาหลักทรัพย์และมูลค่าตลาดของบริษัทอีกด้วย[2]

ในบริบทของประเทศไทย กลุ่มอุตสาหกรรมธุรกิจการเงินและกลุ่มอุตสาหกรรมบริการบริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์ ถือเป็นสองกลุ่มอุตสาหกรรมที่มีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก กลุ่มธุรกิจการเงิน ประกอบด้วยธนาคารพาณิชย์ บริษัทหลักทรัพย์ บริษัทประกันภัย และสถาบันการเงินอื่นๆ มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการลงทุนและการบริโภคของทั้งภาคครัวเรือนและภาคธุรกิจ โดยในปี 2566 ภาคการเงินมีส่วนสนับสนุนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ประมาณร้อยละ 6.5 (ธนาคารแห่งประเทศไทย, 2566) ส่วนกลุ่มอุตสาหกรรมบริการบริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์ ซึ่งครอบคลุมธุรกิจที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นโรงแรมและการท่องเที่ยว ร้านอาหาร โลจิสติกส์และขนส่ง สื่อสารและโทรคมนาคม รวมถึงบริการทางการแพทย์ มีบทบาทสำคัญในการสร้างงานและรายได้ให้กับประชากรจำนวนมาก โดยภาคบริการมีส่วนสนับสนุนต่อ GDP ของประเทศมากกว่าร้อยละ 50[3]

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าทั้งสองกลุ่มอุตสาหกรรมจะมีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจไทย แต่ยังมีการศึกษาวิจัยที่จำกัดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกำไรต่อหุ้นของบริษัทในกลุ่มอุตสาหกรรมเหล่านี้โดยเฉพาะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาเชิงเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มอุตสาหกรรมที่มีลักษณะการดำเนินงานและปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกำไรต่อหุ้น โดยพิจารณาจากอัตราส่วนทางการเงินที่สำคัญ ได้แก่ อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน อัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้น และอัตราส่วนการหมุนเวียนของสินทรัพย์รวม เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับนักลงทุนในการตัดสินใจลงทุน ผู้บริหารในการวางแผนกลยุทธ์ และหน่วยงานกำกับดูแลในการกำหนดนโยบายที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนและกำไรต่อหุ้นของบริษัทจดทะเบียนในกลุ่มอุตสาหกรรมธุรกิจการเงินและอุตสาหกรรมบริการบริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์

2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้นและกำไรต่อหุ้นของบริษัทจดทะเบียนในกลุ่มอุตสาหกรรมธุรกิจการเงินและอุตสาหกรรมบริการบริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์

3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราส่วนการหมุนเวียนของสินทรัพย์รวมและกำไรต่อหุ้นของบริษัทจดทะเบียนในกลุ่มอุตสาหกรรม

ธุรกิจการเงินและอุตสาหกรรมบริการบริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์

สมมติฐานการวิจัย

จากกรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1: อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับกำไรต่อหุ้นของบริษัทจดทะเบียนในกลุ่มอุตสาหกรรมธุรกิจการเงินและอุตสาหกรรมบริการบริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์

สมมติฐานที่ 2: อัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้นมีความสัมพันธ์เชิงลบกับกำไรต่อหุ้นของบริษัทจดทะเบียนในกลุ่มอุตสาหกรรมธุรกิจการเงินและอุตสาหกรรมบริการบริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์

สมมติฐานที่ 3: อัตราส่วนการหมุนเวียนของสินทรัพย์รวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับกำไรต่อหุ้นของบริษัทจดทะเบียนในกลุ่มอุตสาหกรรมธุรกิจการเงินและอุตสาหกรรมบริการบริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์

วิธีดำเนินการวิจัย

1. แบบแผนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากรายงานทางการเงินของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราส่วนทางการเงินและกำไรต่อหุ้น

2 ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บริษัทในกลุ่มอุตสาหกรรมธุรกิจการเงินและอุตสาหกรรมบริการบริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์ ที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย ซึ่งมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระหว่างปี พ.ศ. 2566-2567

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบริษัทจดทะเบียนจำนวน 206 บริษัท ในช่วงปี พ.ศ. 2566-2567 รวมทั้งสิ้น 412 หน่วยข้อมูล แบ่งเป็น

- กลุ่มอุตสาหกรรมธุรกิจการเงิน จำนวน 71 บริษัท (ร้อยละ 34.5) ประกอบด้วย ธนาคาร 12 บริษัท เงินทุนและหลักทรัพย์ 42 บริษัท และประกันภัยและประกันชีวิต 17 บริษัท
- กลุ่มอุตสาหกรรมบริการบริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์ จำนวน 135 บริษัท (ร้อยละ 65.5) ประกอบด้วย พาณิชย์ 33 บริษัท การแพทย์ 28 บริษัท ขนส่งและโลจิสติกส์ 28 บริษัท ธุรกิจสื่อและสิ่งพิมพ์ 23 บริษัท การท่องเที่ยวและสันทนาการ 17 บริษัท และบริการเฉพาะกิจ 6 บริษัท

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย (1) เป็นบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทยอย่างต่อเนื่องระหว่างปี พ.ศ. 2566-2567 (2) จัดอยู่ในกลุ่มอุตสาหกรรมธุรกิจการเงินหรืออุตสาหกรรมบริการบริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์ (3) มีการเปิดเผยงบการเงินประจำปีที่ผ่านการตรวจสอบครบถ้วนทั้ง 2 ปี (4) มีข้อมูลครบทุกตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ และ (5) ไม่อยู่ในสถานะ SP หรือ NP ในช่วงเวลาที่ศึกษา

3 เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือข้อมูลทุติยภูมิที่รวบรวมจากรายงานทางการเงินของบริษัทจดทะเบียน ประกอบด้วยตัวแปร ดังนี้

ตัวแปรตาม ได้แก่ กำไรต่อหุ้น (Earnings Per Share: EPS) คำนวณจากกำไรสุทธิหารด้วยจำนวนหุ้นสามัญที่ออกจำหน่ายแล้ว

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย (1) อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio: CR) คำนวณจากสินทรัพย์หมุนเวียนหารด้วยหนี้สินหมุนเวียน (2) อัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้น (Debt to Equity Ratio: DE) คำนวณจากหนี้สินรวมหารด้วยส่วนของผู้ถือหุ้น และ (3) อัตราส่วนการหมุนเวียนของสินทรัพย์รวม (Total Assets

Turnover: TAT) คำนวณจากรายได้จากการขายหารด้วยสินทรัพย์รวมเฉลี่ย

4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ ดังนี้ (1) รายงานทางการเงินของบริษัทจดทะเบียนที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้สอบบัญชีรับอนุญาต ประกอบด้วย งบฐานะการเงิน งบกำไรขาดทุนเบ็ดเสร็จ และหมายเหตุประกอบงบการเงิน (2) ข้อมูลจากเว็บไซต์ SETSMART (www.setsmart.com) ซึ่งเป็นฐานข้อมูลทางการเงินของตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย และ (3) ข้อมูลจากระบบ SETTRADE และเว็บไซต์สำนักงาน ก.ล.ต. เป็นแหล่งสำรอง

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (2) การกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (3) การรวบรวมข้อมูลทางการเงินจากงบการเงินครอบคลุม 2 ปี (4) การคำนวณอัตราส่วนทางการเงินตามสูตรที่กำหนด (5) การตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล และ (6) การจัดเก็บและเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์

5. จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS Version 29 โดยแบ่งการวิเคราะห์เป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูลในแต่ละตัวแปร

2) การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Analysis) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตาม และตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันเอง

3) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบอิทธิพลของตัวแปรอิสระหลายตัวต่อตัวแปรตามพร้อมกัน โดยใช้สมการถดถอย: $EPS = \beta_0 + \beta_1(CR) + \beta_2(DE) + \beta_3(TAT) + \varepsilon$

การทดสอบสมมติฐานใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหาก Sig. (p-value) ≤ 0.05 แสดงว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบริษัทจดทะเบียนจำนวน 206 บริษัท รวม 412 หน่วยข้อมูล แบ่งเป็นกลุ่มอุตสาหกรรมธุรกิจการเงิน 71 บริษัท (ร้อยละ 34.5) และกลุ่มอุตสาหกรรมบริการบริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์ 135 บริษัท (ร้อยละ 65.5)

2 ผลการวิเคราะห์เชิงพรรณนา

บริษัทในกลุ่มตัวอย่างมีอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเฉลี่ย 2.55 เท่า แสดงถึงสภาพคล่องทางการเงินที่ดี อัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้นเฉลี่ย 1.74 เท่า แสดงถึงโครงสร้างเงินทุนที่มีหนี้สินน้อยกว่าส่วนของผู้ถือหุ้น อัตราส่วนการ

หมุนเวียนของสินทรัพย์รวมเฉลี่ย 0.53 เท่า อยู่ในระดับปานกลางสำหรับธุรกิจการเงินและบริการ บริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์ และกำไรต่อหุ้นเฉลี่ย 1.67 บาท

3 ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่า อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้น (r = -0.252, Sig. = 0.000) อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอัตราส่วนการหมุนเวียนของสินทรัพย์รวม (r = -0.064, Sig. = 0.192) และอัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้นมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอัตราส่วนการหมุนเวียนของสินทรัพย์รวม (r = -0.099, Sig. = 0.045) ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าต่ำกว่า 0.30 แสดงว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity

4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่าแบบจำลองมีค่า R^2 = 0.033 และ Adjusted R^2 = 0.026 แสดงว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวสามารถอธิบายความแปรปรวนของกำไรต่อหุ้นได้ร้อยละ 2.6 ส่วนที่เหลือร้อยละ 97.4 เป็นอิทธิพลจากปัจจัยอื่นที่ไม่ได้ศึกษา ค่า F-statistic = 4.622 (Sig. = 0.003) แสดงว่าแบบจำลองมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สมการถดถอยที่ได้: EPS = 1.730 - 0.060(CR) + 0.240(DE) - 0.590(TAT)

ผลการทดสอบสมมติฐาน:

สมมติฐานที่ 1: อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับกำไรต่อหุ้น - ปฏิเสธสมมติฐาน (β = -0.060, t = -1.268, Sig. = 0.205 > 0.05) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 2: อัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้นมีความสัมพันธ์เชิงลบกับกำไรต่อหุ้น - ปฏิเสธสมมติฐาน แต่พบความสัมพันธ์เชิงบวกแทน (β = 0.240, t = 2.556, Sig. = 0.011 < 0.05) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานที่ 3: อัตราส่วนการหมุนเวียนของสินทรัพย์รวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับกำไรต่อหุ้น - ปฏิเสธสมมติฐาน (β = -0.590, t = -1.630, Sig. = 0.104 > 0.05) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยมีประเด็นสำคัญที่น่าสนใจ 3 ประเด็น ดังนี้

1 อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนกับกำไรต่อหุ้น

ผลการวิจัยพบว่าอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนไม่มีความสัมพันธ์กับกำไรต่อหุ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้จากลักษณะเฉพาะของกลุ่มอุตสาหกรรม สำหรับกลุ่มธุรกิจการเงิน การรักษาสภาพคล่องเป็นข้อกำหนดตามกฎหมาย เช่น ธนาคารต้องรักษา Liquidity Coverage Ratio (LCR) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100 ตามเกณฑ์ Basel III ดังนั้นสภาพคล่องจึงไม่ได้สะท้อนถึงประสิทธิภาพการทำกำไร แต่เป็นการปฏิบัติตามกฎระเบียบ กำไรของธุรกิจการเงินมาจากส่วนต่างดอกเบี้ยและค่าธรรมเนียม ไม่ใช่จากการบริหารสภาพคล่อง สำหรับกลุ่มบริการบริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์ ธุรกิจแต่ละประเภทมีความต้องการสภาพคล่องที่แตกต่างกัน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของศรีกัลญา จงธัญญากร และจักรพันธ์ พงษ์เภตรา[4] ที่พบว่าอัตราส่วนสภาพคล่องไม่ส่งผลต่อกำไรต่อหุ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2 อัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้นกับกำไรต่อหุ้น

ผลการวิจัยพบว่าอัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับกำไรต่อหุ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (β = 0.240, Sig. = 0.011) ซึ่งตรงข้ามกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่สามารถอธิบายได้ด้วย Trade-off Theory ที่เสนอว่าการใช้หนี้สินในระดับที่เหมาะสมสามารถเพิ่มกำไรต่อหุ้นได้ผ่านกลไก 2

ประการ คือ (1) ประโยชน์จากโล่ภาษี (Tax Shield) เนื่องจากดอกเบี้ยจ่ายสามารถนำมาหักเป็นค่าใช้จ่ายทางภาษีได้ ทำให้ต้นทุนของการใช้หนี้สินลดลง และ (2) ผลของ Financial Leverage ที่ช่วยเพิ่มผลตอบแทนของผู้ถือหุ้นเมื่อผลตอบแทนจากการลงทุนสูงกว่าต้นทุนหนี้สิน จากข้อมูลการวิจัย พบว่าอัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้นเฉลี่ยเท่ากับ 1.74 เท่า ซึ่งยังอยู่ในระดับที่ปลอดภัย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสุมาลี นามโชติ และคณะ[5] ที่พบว่าอัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้นมีอิทธิพลต่อราคาหลักทรัพย์

3 อัตราส่วนการหมุนเวียนของสินทรัพย์รวมกับกำไรต่อหุ้น

ผลการวิจัยพบว่าอัตราส่วนการหมุนเวียนของสินทรัพย์รวมไม่มีความสัมพันธ์กับกำไรต่อหุ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้จากลักษณะของธุรกิจ สำหรับกลุ่มธุรกิจการเงิน ไม่ได้ขายสินค้า แต่ให้บริการทางการเงิน สินทรัพย์หลักประกอบด้วยเงินให้กู้ เงินลงทุน และเงินฝากระหว่างธนาคาร ซึ่งไม่ได้มีการหมุนเวียนเหมือนสินค้าคงเหลือ รายได้มาจากดอกเบี้ยรับและค่าธรรมเนียม ไม่ใช่จากการขาย ดังนั้นอัตราส่วนการหมุนเวียนของสินทรัพย์รวมจึงมีค่าต่ำตามธรรมชาติ สำหรับกลุ่มบริการ บริษัทมีกลยุทธ์ทางธุรกิจที่แตกต่างกัน เช่น High Margin-Low Turnover (โรงพยาบาลเอกชน) หรือ Low Margin-High Turnover (ซูเปอร์มาร์เก็ต) ทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ได้ชัดเจน[6]

ข้อเสนอแนะ

1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1) สำหรับผู้บริหารบริษัท ควรใช้หนี้สินอย่างเหมาะสมเพื่อเพิ่ม Financial Leverage และได้รับประโยชน์จากโล่ภาษี โดยรักษาอัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้นในระดับประมาณ 1.0-2.5 เท่า และควรระวังการใช้หนี้สินที่สูงเกินไป (มากกว่า 3.0 เท่า) เพราะจะเพิ่มความเสี่ยงทางการเงิน

1.2) สำหรับนักลงทุน ไม่ควรใช้อัตราส่วนทางการเงินเพียงอย่างเดียวในการตัดสินใจลงทุน ควรพิจารณาปัจจัยอื่นประกอบ เช่น ROE, ROA, แนวโน้มการเติบโตของรายได้ สภาพการแข่งขัน และคุณภาพของผู้บริหาร นอกจากนี้ควรใช้แนวทางในการประเมินอัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้น โดย DE น้อยกว่า 1.0 เท่าถือว่าปลอดภัย DE 1.0-2.5 เท่าถือว่าสมดุลดีและมีโอกาสสร้างกำไรได้พอสมควร ส่วน DE มากกว่า 3.5 เท่าถือว่ามีความเสี่ยงสูง

1.3) สำหรับหน่วยงานกำกับดูแล ควรกำหนดเพดานอัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้นที่เหมาะสม โดยแยกตามประเภทอุตสาหกรรม และเพิ่มการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างหนี้สินและความเสี่ยงทางการเงิน รวมทั้งจัดอบรมให้ความรู้แก่นักลงทุนรายย่อยเรื่องการวิเคราะห์งบการเงิน

2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1) ควรขยายระยะเวลาการศึกษาเป็น 5-10 ปี เพื่อครอบคลุมวงจรธุรกิจที่สมบูรณ์ และใช้ข้อมูลรายไตรมาสเพื่อเพิ่มจำนวนข้อมูลและเห็นความผันผวนระหว่างปี

2.2) ควรเพิ่มตัวแปรในการศึกษา เช่น อัตราส่วนความสามารถในการทำกำไร (ROA, ROE, Net Profit Margin) ขนาดบริษัท อายุบริษัท และตัวแปรเฉพาะอุตสาหกรรม เช่น Net Interest Margin (NIM) สำหรับธุรกิจการเงิน

2.3) ควรแยกวิเคราะห์ตามกลุ่มอุตสาหกรรม เพื่อดูความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลในแต่ละกลุ่ม และควรศึกษาหาจุด Optimal Debt Ratio ที่ทำให้กำไรต่อหุ้นสูงสุด

2.4) ควรใช้เทคนิคการวิเคราะห์ที่ซับซ้อนกว่า เช่น Panel Data Analysis หรือทดสอบความสัมพันธ์แบบ Non-linear เพื่อเพิ่มความแม่นยำของผลการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกำไรต่อหุ้นในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย ในกรณีศึกษากลุ่มอุตสาหกรรมธุรกิจการเงินและอุตสาหกรรมบริการบริการด้านการพาณิชย์และการแพทย์ ฉบับนี้ครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่ง คณะผู้วิจัยจึงขอแสดงความขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ขอขอบคุณบุคลากรของคณะบัญชี มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตชลบุรี ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางในการวิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและกระบวนการวิเคราะห์รวมถึงให้ความอนุเคราะห์ในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของงานวิจัยฉบับนี้อย่างละเอียดถี่ถ้วนมาโดยตลอด ทำให้การศึกษาค้นคว้ามีความสมบูรณ์และถูกต้องตามหลักวิชาการ

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมี จากการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้คณะผู้วิจัยขอมอบเพื่อเป็นเครื่องบูชาพระคุณแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลงานนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจและการศึกษาค้นคว้าวิจัยในสาขาที่เกี่ยวข้องต่อไป หากมีข้อผิดพลาดประการใดคณะผู้วิจัยขออภัยไว้ ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. (2567). รายงานประจำปี 2566-2567, [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2568, จาก https://www.set.or.th/th/market/listedcompanies / products-and-services
2. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. (2568). ข้อมูลบริษัทจดทะเบียน, [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 24 สิงหาคม2568, จาก https://www.set.or.th/th/market/product/stock/listed-company
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). รายงานภาวะเศรษฐกิจและสังคมไทย ประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2568, สืบค้นจาก https://www.nesdc.go.th/main.php?filename =index
4. ศรีกัลญา จงธัญญากร , จักรพันธ์ พงษ์เภตรา. (2567) ความสัมพันธ์ของสภาพคล่องและความสามารถในการชำระหนี้ต่อกำไรต่อหุ้น ของบริษัทที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย : กรณีศึกษาธุรกิจสินค้าอุปโภคบริโภค กลุ่มแฟชั่น. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์นมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์,[ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2568, จาก https://so04.tcithaijo.org/index.php/WTURJ/article/view/275318/186437
5. สุมาลี นามโชติ, จักรกฤษณ์ มะโหฬาร, และสุพรรณรัตน์ มาศรัตน์. (2567). ประสิทธิภาพทางกำไรและ การวางแผนภาษีที่ส่งผลต่อราคาหลักทรัพย์ ของบริษัทที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ดัชนี 100. วารสารสุทธิปริทัศน์, [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 03 พฤศจิกายน 2568, จาก https://so05.tcithaijo.org/index.php/DPUSuthiparithatJournal/article/view/271103/182601
6. สุพรรณิกา สันป่าแก้ว และ นัฐนันท์ ทอนศรีชัยเลิศ. (2566). การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อมูลค่าตามบัญชีต่อหุ้น หมวดธุรกิจเกษตร ในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย.วารสารนวัตกรรมการจัดการศึกษาและการวิจัย, [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 29 กันยายน 2568, จาก https://so02.tcithaijo.org/index.php/jemri/article/view/261983

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร ศึกษากรณี แนวทางการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

Implementation of Integrated Elderly Care Policy through a Provincial Health System Study Evidence from Mukdahan Province, Thailand

(Received: March 28,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

สุรศักดิ์ หงษ์เวียงจันทร์[1] ศิรภัสสร มูลสาร[1]
Surasak Hongwiangchan[1] Sirapassorn Moolsarn[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์และความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดมุกดาหาร (2) ศึกษากลไกและกระบวนการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (3) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการสู่การปฏิบัติในพื้นที่ และ (4) พัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดมุกดาหาร การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ผสมผสานการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยดำเนินการในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร ครอบคลุม 7 อำเภอ และคัดเลือกพื้นที่ศึกษาเชิงลึก 3–5 อำเภอที่มีความหลากหลายของบริบท วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ร่วมกับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการวิเคราะห์สามเส้า ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษาพบว่า จังหวัดมุกดาหารกำลังเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุด โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 22.7 ของประชากรทั้งหมด ปัญหาหลักคือภาวะพึ่งพิงจากโรคเรื้อรัง การขาดแคลนผู้ดูแล และความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระบบการดูแลผู้สูงอายุของจังหวัดยังขาดความเชื่อมโยงและบูรณาการระหว่างหน่วยงาน การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการจึงมุ่งสร้างกลไกการประสานงานการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ การเสริมพลังครอบครัวและชุมชน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในพื้นที่

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การดูแลแบบบูรณาการ, การขับเคลื่อนนโยบาย, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, มุกดาหาร

Abstract

This study aimed to (1) investigate the situation and needs of elderly care in Mukdahan Province, (2) examine mechanisms and operational processes of related agencies, (3) analyze factors influencing the implementation of integrated elderly care policy, and (4) develop an integrated care model suitable for the local context. A participatory action research (PAR) approach, integrating qualitative and quantitative methods, was employed. The research was conducted in seven districts of Mukdahan, with three to five districts selected for in-depth study based on contextual diversity. Qualitative data was analyzed using content analysis combined with triangulation to check for reliability. Quantitative data was analyzed using descriptive and inferential statistics.

The findings revealed that Mukdahan Province has entered a super-aged society, with 22.7% of the population aged 60 and over. Major challenges include dependency due to chronic diseases, shortage of caregivers, and inequitable access to health services. The existing elderly care system lacks coordination and integration across agencies. The developed integrated care model emphasized coordinated mechanisms, linked health information systems, family and community empowerment, and caregiver capacity development.

Keywords: Older adults, Integrated care, Policy implementation, Participatory action research, Mukdahan Province

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยข้อมูลจากสำนักงานสารสนเทศสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 พบว่าประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 20.5 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.0 ซึ่งเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุด (Super-aged Society)[1] การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข ระบบสวัสดิการสังคม และการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ[2]

จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งเป็นจังหวัดขนาดเล็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน มีพื้นที่ 4,339.83 ตารางกิโลเมตร มีประชากรทั้งสิ้นประมาณ 350,000 คน แบ่งการปกครองออกเป็น 7 อำเภอ 53 ตำบล 459 หมู่บ้าน[3] มีสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ โดยข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ปี 2567 พบว่า จังหวัดมุกดาหารมีประชากรผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 79,450 คน คิดเป็นร้อยละ 22.7 ของประชากรทั้งหมด สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[4]

ปัญหาสำคัญที่พบในผู้สูงอายุจังหวัดมุกดาหาร ได้แก่ ภาวะพึ่งพิงจากโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศ[4]ส่งผลให้มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลในครอบครัวจากการย้ายถิ่นของบุตรหลานไปทำงานในเมืองใหญ่[5]นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านสุขภาพจิต ความเหงา การขาดกิจกรรมทางสังคม และความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและชุมชนชายแดน[7]

รัฐบาลไทยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และได้กำหนดนโยบายและแผนงานเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ อาทิ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2561–2580) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ด้านการสร้างความมั่นคงทางสังคม และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566–2570 ซึ่งให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและเกียรติภูมิ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care for Older Persons) โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม[11] อย่างไรก็ตาม การนำนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ยังคงเผชิญกับอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ การขาดกลไกการประสานงานระหว่างหน่วยงาน การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ข้อจำกัดด้านงบประมาณ ระบบข้อมูลสุขภาพที่ยังไม่เชื่อมโยง และการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยังไม่เข้มแข็ง[12] จังหวัดมุกดาหารมีบริบทเฉพาะที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น โดยเป็นจังหวัดชายแดนติดกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม วิถีชีวิต และโครงสร้างชุมชน ทั้งในเขตเมือง ชนบท และพื้นที่ห่างไกล[13] การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทดังกล่าว และต้องปรับรูปแบบการดูแลให้เหมาะสมกับศักยภาพและทรัพยากรของพื้นที่

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร โดยเน้นการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ มีศักดิ์ศรี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนยุทธศาสตร์และการพัฒนานโยบายด้าน

ผู้สูงอายุของจังหวัดมุกดาหาร และสามารถเป็นต้นแบบให้กับจังหวัดอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน[14]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร
2. เพื่อศึกษากลไกและกระบวนการในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดมุกดาหาร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการสู่การปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร
4. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดมุกดาหาร
5. เพื่อเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแผนปฏิบัติการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ที่ผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (Mixed Methods Research) เพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์แนวทางการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบผสมผสาน ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึง ธันวาคม 2568 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตร Taro Yamane (1973) 1) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการสำรวจ (Survey Sample) ได้ขนาดตัวอย่าง 392 คน เพิ่ม 10 เปอร์เซ็นต์ เพื่อป้องกันการสูญหาย รวมเป็น 440 คน 2) กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 410 คน 3) กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 200 คน การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) 4) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการประเมินผลการทดลองปฏิบัติ จำนวน 250 คน การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือวิจัย

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสังเกต และแบบบันทึกภาคสนาม สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายระดับ และใช้แบบสอบถามมาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข โดยครอบคลุมข้อมูลทั่วไป สถานะสุขภาพ ภาวะพึ่งพิง (ADL, IADL) สภาพสมองและจิตใจ (MMSE-Thai, TGDS) คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) ภาระผู้ดูแล (ZBI) การเข้าถึงบริการ และการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งแบบประเมินผลการดำเนินงานเพื่อการติดตามและประเมินผลระบบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเป็น 4 ระยะ ได้แก่

(1) การทบทวนเอกสารและข้อมูลทุติยภูมิร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง

(2) การศึกษาสถานการณ์ด้วยวิธีเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

(3) การพัฒนา ทดลองปฏิบัติ และปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม

(4) การประเมินผล สังเคราะห์ข้อมูล และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยใช้การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม การสังเกตภาคสนาม และการจัดเวทีเชิงปฏิบัติการ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร เลขที่ 67.0033.2568 ลงวันที่ 12 กันยายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยใช้การการกำหนดรหัสแบบผสม (Inductive–Deductive coding) ร่วมกับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการวิเคราะห์สามเส้า ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มและก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และบูรณาการผลการวิเคราะห์ทั้งสองส่วนเพื่อสรุปผลการศึกษาอย่างครอบคลุม

ผลการวิจัย

สถานการณ์และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดมุกดาหาร

1.สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.45 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 67.73 โรคข้อเสื่อม/ปวดข้อ ร้อยละ 50.91 และเบาหวาน ร้อยละ 42.27ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 61.36 โดยมีจำนวนโรคเฉลี่ย 1.92±1.18 โรค สะท้อนถึงภาวะโรคร่วมหลายโรค (multimorbidity) ในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการรับประทานยาประจำ โดยร้อยละ 46.82 รับประทานยาตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป และในกลุ่มที่รับประทานยา พบว่าร้อยละ 23.98 มีการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือบางครั้งลืมรับประทานยา ซึ่งอาจส่งผลต่อการควบคุมโรคและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

2.ภาวะพึ่งพิงและความสามารถในการดำเนินชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ 61.82) มีคะแนน Barthel ADL เฉลี่ย 17.24 คะแนน อย่างไรก็ตาม มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คะแนน < 20 ถึงร้อยละ 38.18 โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสูง/ติดบ้านและติดเตียง รวมร้อยละ 15.91 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.73 สามารถทำกิจกรรมเครื่องมือได้ดีโดยไม่พึ่งพิง แต่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการทำกิจกรรมเครื่องมือถึงร้อยละ 47.27 ร้อยละ 76.82 มีสภาพสมองปกติ มีผู้สูงอายุที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 17.27 และผิดปกติ หรือมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 5.91 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.00 ไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงรุนแรงรวมร้อยละ 35.00 ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 44.22 จาก 60 คะแนน โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านสัมพันธ์ทางสังคม รองลงมาคือด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านร่างกายตามลำดับ

3.สรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดมุกดาหาร

จากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่เก็บรวบรวมได้ สามารถสรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดมุกดาหารได้ดังนี้

ประเด็นสำคัญจากข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม พบประเด็นสำคัญดังนี้

1) ความต้องการด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุแสดงความต้องการด้านสุขภาพที่หลากหลาย โดยเฉพาะการดูแลโรคเรื้อรัง

2)ภาระของผู้ดูแล ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับภาระหลายด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม

3) การเข้าถึงบริการที่ไม่เท่าเทียม ผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกลเผชิญกับปัญหาการเข้าถึงบริการมากกว่าพื้นที่เมือง

4) บทบาทของชุมชนและ อสม. อสม. เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

จากข้อมูลทั้งหมดสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุในจังหวัดมุกดาหารมีความหลากหลายทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม มีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน ตั้งแต่กลุ่มที่แข็งแรงต้องการบริการส่งเสริมสุขภาพ ไปจนถึงกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการบริการดูแลระยะยาว การพัฒนาระบบการดูแลจึงต้องครอบคลุมและตอบสนองความต้องการที่หลากหลายนี้

4.กลไกและกระบวนการการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน

โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน จากการศึกษาพบว่า มีหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดมุกดาหาร ดังนี้

ตารางที่ 2 หน่วยงานและบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ

หน่วยงาน	บทบาทหน้าที่หลัก	จุดแข็ง	ข้อจำกัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	- กำหนดนโยบายและแผนงาน - ประสานงานระดับจังหวัด - กำกับติดตามประเมินผล	- มีอำนาจในการกำหนดทิศทาง - มีงบประมาณ	- ขาดบุคลากรเฉพาะทาง - ภาระงานมาก
โรงพยาบาล	- รักษาพยาบาลผู้ป่วยใน-นอก - ให้คำปรึกษาแก่ รพ.สต. - รับส่งต่อจาก รพ.สต.	- มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ - มีอุปกรณ์ครบ	- มีผู้ป่วยมาก รอนาน - ไม่มีคลินิกผู้สูงอายุเฉพาะ
รพ.สต.	- ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค - รักษาพยาบาลเบื้องต้น - เยี่ยมบ้านผู้ป่วย - ประสานงานกับ อสม.	- อยู่ใกล้ชุมชน - รู้จักผู้สูงอายุดี - ทำงานร่วมกับ อสม.	- ขาดบุคลากร - ภาระงานอื่นมาก - งบประมาณจำกัด
พมจ.	- จ่ายเบี้ยยังชีพ - ดูแลศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต - สนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือ	- มีงบสวัสดิการ - มีโครงการสนับสนุน	- บูรณาการกับสาธารณสุขน้อย - ข้อมูลไม่เชื่อมโยง
อปท.	- สนับสนุนกิจกรรมชมรม - จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม - สนับสนุนงบประมาณ	- มีงบประมาณท้องถิ่น - เข้าใจบริบทพื้นที่	- แต่ละแห่งทำไม่เหมือนกัน - บางแห่งให้ความสำคัญน้อย
อสม./อาสาสมัคร	- เยี่ยมบ้าน - ให้ความรู้ - ช่วยเหลือเบื้องต้น - เป็นตาเป็นหู	- อยู่ในชุมชน - รู้จักทุกคน - เสียสละ	- ขาดความรู้เชิงลึก - ขาดเครื่องมือ - ไม่มีค่าตอบแทน

5.ปัจจัยที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามกรอบแนวคิดของ Sabatier และ Mazmanian พบปัจจัยที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนนโยบาย ดังนี้

5.1 ปัจจัยที่เกี่ยวกับความซับซ้อนของปัญหา

ความหลากหลายของกลุ่มเป้าหมาย

จากข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุมีความหลากหลายทั้งด้านอายุ สุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ทำให้ความต้องการแตกต่างกันมาก

ความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหลายโรค (Multiple morbidities) ทำให้การดูแลซับซ้อน

ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและการอพยพของคนหนุ่มสาว ส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ

5.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับโครงสร้างกฎหมายและนโยบาย

ความชัดเจนของนโยบาย

ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่า นโยบายระดับชาติมีความชัดเจน แต่การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติยังไม่ชัดเจน

การจัดสรรงบประมาณ

งบประมาณเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน

ตารางที่ 2 แหล่งงบประมาณและความเพียงพอในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของผู้บริหาร (n=18)

แหล่งงบประมาณ	มี (คน)	ร้อยละ	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	ค่าเฉลี่ย (บาท/ปี/แห่ง)
งบบริการปฐมภูมิ (PP)	18	100.00	2	16	280,000
กองทุนหลักประกันสุขภาพ (UC)	18	100.00	8	10	450,000
งบอปท.	12	66.67	4	8	120,000
งบ พมจ.	18	100.00	6	12	180,000
งบโครงการพิเศษ	8	44.44	8	0	200,000

การบูรณาการระหว่างหน่วยงาน การบูรณาการยังมีข้อจำกัดมาก

ตารางที่ 3 ระดับการประสานงานระหว่างหน่วยงานตามความคิดเห็นของผู้บริหาร (n=18)

คู่หน่วยงาน	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	น้อย	น้อยมาก	ค่าเฉลี่ย (SD)*
สสจ. - โรงพยาบาล	12	6	0	0	0	4.67 (0.49)
โรงพยาบาล - รพ.สต.	8	10	0	0	0	4.44 (0.51)
รพ.สต. - อสม.	14	4	0	0	0	4.78 (0.43)
สาธารณสุข - พมจ.	0	4	10	4	0	2.78 (0.88)
สาธารณสุข - อปท.	2	6	8	2	0	3.44 (0.86)
พมจ. - อปท.	0	2	10	6	0	2.56 (0.78)

*คะแนน 5 = ดีมาก, 1 = น้อยมาก

จากตารางที่ 3 พบว่า การประสานงานภายในภาคสาธารณสุขมีระดับดี แต่การประสานงานระหว่างภาคส่วนอยู่ในระดับปานกลางถึงน้อย

ปัจจัยที่ไม่เกี่ยวกับกฎหมาย

ความมุ่งมั่นและศักยภาพของผู้ปฏิบัติ

ตารางที่ 4 ความรู้และทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขต่อการดูแลผู้สูงอายุ (n=200)

รายการ	ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ (คะแนนเต็ม 10)	6.78 (1.42)	ปานกลาง
ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ (คะแนนเต็ม 5)*		
- ผู้สูงอายุเป็นภาระของสังคม (R)	2.12 (0.84)	ไม่เห็นด้วย
- ผู้สูงอายุมีคุณค่าและควรได้รับการเคารพ	4.58 (0.52)	เห็นด้วยมาก
- การดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่สำคัญ	4.52 (0.58)	เห็นด้วยมาก
- ต้องการทำงานด้านผู้สูงอายุ	3.78 (0.92)	เห็นด้วย
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติโดยรวม	4.18 (0.54)	ดี

*คะแนน 5 = เห็นด้วยมากที่สุด, 1 = ไม่เห็นด้วยมากที่สุด, (R) = Reverse scoring

การสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและประชาชน

ผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงาน

สภาพเศรษฐกิจสังคม

สถานการณ์เศรษฐกิจ โดยเฉพาะความยากจนของผู้สูงอายุและครอบครัว ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดมุกดาหารมีสัดส่วนโรคเรื้อรังและภาวะโรคร่วมหลายโรคในระดับสูง โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป และเกือบครึ่งหนึ่งมีภาวะพึ่งพิงด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและกิจกรรมเครื่องมือ สะท้อนถึงความจำเป็นในการดูแลระยะยาวอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในสัดส่วนที่น่ากังวล ขณะที่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านระบบบริการ แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิได้ แต่ยังคงมีอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ภาระค่าเดินทาง การรอคอยบริการ และการขาดผู้ดูแลในการพาเข้ารับบริการ การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันยังมีลักษณะกระจัดกระจาย การบูรณาการระหว่างหน่วยงานนอกภาคสาธารณสุขและระบบข้อมูลยังไม่เข้มแข็ง ส่งผลให้การดูแลขาดความต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมตามความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุ โดยสรุป ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงการส่งเสริมสุขภาพ การรักษา การฟื้นฟู การดูแลระยะยาว และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้กลไกการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดมุกดาหาร และสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าจังหวัดมุกดาหารกำลังเผชิญความท้าทายจากการเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วมหลายโรคและความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวโน้มโครงสร้างประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดของระบบการดูแลแบบเดิมที่พึ่งพาครอบครัวเป็นหลัก การวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดของ Sabatier และ Mazmanian พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนนโยบาย ได้แก่ ความซับซ้อนของปัญหา การขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน และข้อจำกัดด้านทรัพยากร โดยเฉพาะบุคลากรสหวิชาชีพ ซึ่งสะท้อนลักษณะการทำงานแบบแยกส่วนของระบบบริการและเป็นอุปสรรคต่อการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ[14]

ผลการทดลองใช้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์เชิงบวก ทั้งด้านสมรรถนะการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ภาระของผู้ดูแล และประสิทธิภาพของระบบบริการ สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาด้าน integrated care ที่ชี้ว่าการประสานงานข้ามภาคส่วนและการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลและสนับสนุนความยั่งยืนของระบบในระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ประกอบการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในระดับชาติ จังหวัด และท้องถิ่น

2.นำผลการวิจัยไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการวางแผนงบประมาณแบบบูรณาการและการจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

3.ประยุกต์แนวทางที่พัฒนาขึ้นในการออกแบบกลไกการประสานงานระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพ สังคม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของระบบบริการ

4.ใช้รูปแบบการดูแลที่ได้จากการวิจัยเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุในระดับจังหวัดและอำเภอ โดยคำนึงถึงบริบทพื้นที่และการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ทั้งด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต และภาระของผู้ดูแล

2.วิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย

3.ศึกษาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล

4.เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และภูมิศาสตร์แตกต่างกัน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการขยายผลในระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสารสนเทศสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย ปี 2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
2. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015.
3. สำนักงานจังหวัดมุกดาหาร. ข้อมูลทั่วไปจังหวัดมุกดาหาร. มุกดาหาร: สำนักงานจังหวัดมุกดาหาร; 2566.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ จังหวัดมุกดาหาร ปี 2567. มุกดาหาร: สสจ. มุกดาหาร; 2567.
5. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
6. Knodel J, Chayovan N. Population ageing and the well-being of older persons in Thailand. Population Studies Center Research Report. Ann Arbor: University of Michigan; 2008.
7. United Nations. World population ageing 2020 highlights. New York: United Nations; 2020.
8. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2561–2580). กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2561.
9. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580). กรุงเทพมหานคร: สศช.; 2561.
10. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–

2570). กรุงเทพมหานคร: สศช.; 2565.

11. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care for Older Persons). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
12. World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions. Geneva: WHO; 2017.
13. สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดมุกดาหาร. รายงานบริบททางสังคมและวัฒนธรรมจังหวัดมุกดาหาร. มุกดาหาร: สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัด; 2566.
14. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications. Int J Integr Care. 2002;2:e12.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.1 January-March 2026

แนวทางการสร้างแรงจูงใจในการทำวิจัยสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร

Guidelines for Motivating Research among Public Health Personnel in Community Hospitals and District Health Offices, Mukdahan Province.

(Received: March 28,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

ศราวุธ ทองเฟื่อง[1]
Sarawut Thongfueang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจในการทำวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร (2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจดังกล่าว และ (3) เพื่อพัฒนาแนวทางการสร้างแรงจูงใจในการทำวิจัยที่เชื่อมโยงกับการเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ ใช้รูปแบบการวิจัย เชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 7 แห่ง จำนวน 280 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้บริหาร บุคลากรที่มีประสบการณ์วิจัย และผู้แทนชุมชน รวม 52 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีระดับแรงจูงใจในการทำวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.71, S.D. = 0.58) โดยด้านการเชื่อมโยงงานวิจัยกับชุมชนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.03) และด้านการสนับสนุนจากองค์กรและทรัพยากรมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 3.12) ปัจจัยองค์กรภายนอกมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.44) โดยรายการที่วิกฤตที่สุดคือระบบค่าตอบแทนพิเศษ (Mean = 1.89) และการมีเวลาเพียงพอสำหรับการทำวิจัย (Mean = 2.12) ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวทางการสร้างแรงจูงใจ 5 แนวทางหลัก ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญในระดับมาก (Mean = 4.25, S.D. = 0.50) โดยมิติความเชื่อมโยงกับการเข้าถึงประชาชนได้รับการประเมินสูงสุด (Mean = 4.41)

คำสำคัญ: แรงจูงใจในการทำวิจัย, บุคลากรสาธารณสุข, โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, การวิจัยที่เชื่อมโยงชุมชน

Abstract

This study aimed to (1) assess research motivation levels among public health personnel in community hospitals and district health offices in Mukdahan Province, (2) identify factors influencing research motivation, and (3) develop guidelines for enhancing research motivation linked to community engagement. A survey research data analyzed by mixed methods was employed. The quantitative sample comprised 280 personnel from 6 community hospitals and 7 district health offices. The qualitative sample included 52 participants interviewed through in-depth interviews and focus groups. Data collection was conducted October 2023–September 2024.

Overall research motivation was high (Mean=3.71, SD=0.58). The research–community linkage dimension scored highest (Mean=4.03), while organizational support scored lowest (Mean=3.12). External/organizational factors had the lowest mean (Mean=2.44, low level), with special compensation (Mean=1.89) and research time availability (Mean=2.12) as the most critical gaps. Five motivational guidelines were developed and expert-validated at a high level (Mean=4.25, SD=0.50).

Keywords: research motivation, public health personnel, community hospital, district health office, community-based research

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

บทนำ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ถือเป็นกลไกสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน[1] บุคลากรสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นด่านแรกในการให้บริการครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ บทบาทดังกล่าวยังรวมถึงการสร้างองค์ความรู้ใหม่ผ่านกระบวนการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เป็นจำเพาะของแต่ละพื้นที่ การพัฒนาสมรรถนะการวิจัยและการจัดการความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขในทุกระดับจึงเป็นสิ่งที่ผู้บริหารเขตสุขภาพให้ความสำคัญสูงสุด[2]

อย่างไรก็ตาม บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังมีผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในระดับต่ำ สาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือการขาดแรงจูงใจในการดำเนินงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง การศึกษาในประเทศกำลังพัฒนาพบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงปริมาณเพียงร้อยละ 34 และมีความมั่นใจในการทำวิจัยเพียงร้อยละ 28.7 อุปสรรคที่ถูกรายงานบ่อยที่สุดคือภาระงานประจำที่สูง (ร้อยละ 78.4) รองลงมาคือการขาดทักษะวิจัย (ร้อยละ 65.2) และการขาดงบประมาณ (ร้อยละ 61.7)[3]

จังหวัดมุกดาหารเป็นจังหวัดชายแดนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 7 แห่ง ดูแลประชาชนกว่า 340,000 คน[4] บุคลากรสาธารณสุขต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย ทั้งโรคเรื้อรัง โรคติดต่อ ปัญหาสุขภาพของกลุ่มประชากรข้ามชาติ และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับบริบทชายแดน การวิจัยที่สะท้อนบริบทพื้นที่อย่างแท้จริงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพบริการ[5]

แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในมิติต่าง ๆ[6,7] แต่ยังขาดการศึกษาที่เจาะจงถึงแรงจูงใจในการทำวิจัยของบุคลากรในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ชายแดน ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จึงดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยและพัฒนาแนวทางการสร้างแรงจูงใจในการทำวิจัยดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

(1) เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจในการทำวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร

(2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในบริบทดังกล่าว

(3) เพื่อพัฒนาแนวทางการสร้างแรงจูงใจในการทำวิจัยที่เชื่อมโยงกับการเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิผล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ที่บูรณาการวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเข้าด้วยกัน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ: บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง (โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย ดอนตาล ดงหลวง คำชะอี หนองสูง และหว้านใหญ่) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 7 แห่ง รวม 280 คน ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และนักเทคนิคการแพทย์

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ: ผู้บริหาร บุคลากรที่มีประสบการณ์วิจัย และผู้แทนชุมชน รวม 52 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 6–8 คน

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความต้องการพัฒนาตนเองและสร้างองค์ความรู้ (2) ด้านคุณค่าและความหมายของงานวิจัย (3) ด้านการได้รับการยอมรับและรางวัล (4) ด้านการสนับสนุนจากองค์กรและทรัพยากร และ (5) ด้านการเชื่อมโยง

งานวิจัยกับชุมชน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI = 0.92) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = 0.89 ข้อมูลเชิงคุณภาพตรวจสอบความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba[8] ด้วยวิธีการสามเส้า (Triangulation) Member Checking และ Thick Description

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติอนุมาน (Independent t-test, One-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient) ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงประเด็น (Thematic Analysis) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยอย่างอิสระก่อนนำมาเปรียบเทียบและหารือร่วมกัน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.4) อายุ 31–40 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 38.2) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 71.8) ประสบการณ์ทำงาน 11–20 ปี (ร้อยละ 34.6) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 32.5) และเคยทำวิจัยสำเร็จแล้ว (ร้อยละ 41.8)

ระดับแรงจูงใจในการทำวิจัย

ผลการวิเคราะห์ระดับแรงจูงใจในการทำวิจัยโดยรวมและรายด้านบุคลากรสาธารณสุขมีระดับแรงจูงใจในการทำวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.71, S.D. = 0.58) ด้านการเชื่อมโยงงานวิจัยกับชุมชนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.03) รองลงมาคือด้านความต้องการพัฒนาตนเองและสร้างองค์ความรู้ (Mean = 3.89) ส่วนด้านการสนับสนุนจากองค์กรและทรัพยากรมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 3.12) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบตามตัวแปรส่วนบุคคล พบว่าบุคลากรที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าและมีประสบการณ์วิจัยสำเร็จมากกว่ามีแรงจูงใจสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่พบผลในทิศทางเดียวกัน[9]

ปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำวิจัย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทั้ง 3 กลุ่ม

ปัจจัยภายนอก/ปัจจัยองค์กรมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.44) รายการที่วิกฤตที่สุดคือระบบค่าตอบแทนพิเศษ (Mean = 1.89) และการมีเวลาเพียงพอสำหรับการทำวิจัย (Mean = 2.12) สะท้อนช่องว่างขนาดใหญ่ระหว่างความต้องการการสนับสนุนกับสภาพความเป็นจริง สอดคล้องกับการศึกษาในระบบสาธารณสุขของประเทศกำลังพัฒนาที่รายงานว่าการขาดระบบค่าตอบแทนและการยกย่องที่เหมาะสมเป็นหนึ่งในอุปสรรคสำคัญที่สุดต่อการทำวิจัยของบุคลากรในระดับพื้นที่[3] ข้อมูลเชิงคุณภาพยืนยันว่า บริบทชายแดนของจังหวัดมุกดาหารถือเป็นจุดแข็งที่สร้างโจทย์วิจัยอันทรงคุณค่า แต่กลไกสนับสนุนการวิจัยของหน่วยงานยังอ่อนแอ

แนวทางการสร้างแรงจูงใจในการทำวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาแนวทางการสร้างแรงจูงใจ 5 แนวทางหลัก จากการสังเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ 9 ท่าน ใน 4 มิติ รวม 20 ข้อ แนวทางที่ 4 ด้านการเชื่อมโยงงานวิจัยกับชุมชนอย่างมีความหมายได้รับการประเมินสูงสุด (Mean = 4.41) โดยผู้เชี่ยวชาญเห็นพ้องว่าการที่บุคลากรสาธารณสุขออกแบบงานวิจัยที่

ตอบสนองปัญหาสุขภาพจริงของชุมชนและเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ เป็นแหล่งแรงจูงใจที่ยั่งยืนและทรงพลังที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีระดับแรงจูงใจในการทำวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก สะท้อนว่ามีทุนด้านแรงจูงใจภายในที่ดีพอสมควร แต่ปัจจัยองค์กรภายนอกยังเป็นอุปสรรคสำคัญ สอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg, Mausner และ Snyderman[10] ที่ชี้ว่าแม้ปัจจัยจูงใจด้านในจะแข็งแกร่ง แต่หากปัจจัยค้ำจุนด้านองค์กรไม่เพียงพอก็จะกลายเป็นอุปสรรคที่ฉุดรั้งแรงจูงใจได้

การที่ด้านการเชื่อมโยงงานวิจัยกับชุมชนได้คะแนนสูงสุด (Mean = 4.03) เป็นผลที่มีนัยสำคัญบริบทชายแดนของจังหวัดมุกดาหารที่มีปัญหาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หลากหลายทำให้บุคลากรมองเห็นคุณค่าของการวิจัยที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน ซึ่งเป็นแรงจูงใจภายในที่ทรงพลังตามทฤษฎี SDT ของ Deci และ Ryan[11]โดยเฉพาะองค์ประกอบด้าน Relatedness ที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อส่วนรวม กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนเป็นฐานพบว่าสร้างแรงจูงใจในการทำวิจัยอย่างต่อเนื่องเมื่อบุคลากรเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงในชุมชน[12]

ปัญหาสำคัญที่สุดคือช่องว่างระหว่างแรงจูงใจภายในของบุคลากรกับระบบสนับสนุนจากองค์กร โดยเฉพาะระบบค่าตอบแทนพิเศษ (Mean = 1.89) และเวลาสำหรับการทำวิจัย (Mean = 2.12) ซึ่งอยู่ในระดับน้อยทั้งคู่ ผลนี้สอดคล้องกับ Kengia และคณะ[3] ที่รายงานว่าการขาดระบบค่าตอบแทนและการยกย่องที่เหมาะสมเป็นหนึ่งในอุปสรรคสำคัญที่สุดต่อการทำวิจัยของบุคลากรในระดับพื้นที่ องค์กรจำเป็นต้องให้ "เวลาวิจัย" อย่างเป็นทางการในตารางงาน ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ที่ชัดเจนว่าองค์กรให้ความสำคัญกับงานวิจัย

การที่บุคลากรที่มีประสบการณ์วิจัยสำเร็จมีแรงจูงใจสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) บ่งชี้ว่าการสร้างประสบการณ์ความสำเร็จในการทำวิจัยเป็นกลยุทธ์สำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี SDT ที่ระบุว่าความรู้สึกมีสมรรถนะ (Competence) เป็นองค์ประกอบสำคัญของแรงจูงใจภายใน[13] การพัฒนาสมรรถนะวิจัยผ่านระบบพี่เลี้ยง (Mentoring) จึงเป็นมาตรการที่สำคัญมาก ดังที่ Wittayapun และ Nawarat[14] พิสูจน์ให้เห็นว่ารูปแบบ Academic-Practice Partnership มีประสิทธิผลสูงในการพัฒนาทักษะการวิจัยของบุคลากรระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรดำเนินการดังนี้

(1) จัดสรร "เวลาวิจัย" อย่างเป็นทางการในตารางงานประจำสัปดาห์ อย่างน้อย 4–8 ชั่วโมง สำหรับบุคลากรที่กำลังดำเนินโครงการวิจัย

(2) พัฒนาระบบพี่เลี้ยงการวิจัย (Research Mentoring System) โดยจับคู่บุคลากรที่มีประสบการณ์กับผู้ที่เพิ่งเริ่มต้น

(3) สร้างระบบแรงจูงใจที่จับต้องได้ ทั้งค่าตอบแทนพิเศษสำหรับงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์และการยกย่องชมเชยในที่สาธารณะ

(4) บูรณาการงานวิจัยเข้ากับแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรเพื่อให้บุคลากรเห็นว่าการทำวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาองค์กร ไม่ใช่ภาระเพิ่มเติม

(5) สร้างเครือข่ายนักวิจัยระหว่างหน่วยงานในจังหวัดเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และลดความรู้สึกโดดเดี่ยวในการทำวิจัย

ข้อจำกัดของการวิจัย

(1) เก็บข้อมูลเฉพาะในจังหวัดมุกดาหาร จึงไม่สามารถนำผลไปอ้างอิงกับจังหวัดอื่น ๆ ได้โดยตรง

(2) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามแบบรายงานตนเอง (Self-report) ซึ่งอาจมีความเอนเอียงจากความปรารถนาทางสังคม (Social Desirability Bias)

(3) รูปแบบการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Design) ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน ควรศึกษาต่อด้วยการวิจัยติดตามผลหลังการนำแนวทางไปทดลองใช้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. ชมพูนุช สุภาพวานิช, ไพสิฐ จิรรัตนโสภา, เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล, บุญแทน กิ่งสายหยุด. การพัฒนาสมรรถนะการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในมุมมองผู้บริหารของเขตสุขภาพ 1–12. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565;5(3):138–153.
3. Kengia JT, Kalolo A, Barash D, Chwa C, Hayirli TC, Kapologwe NA, et al. Research capacity, motivators and barriers to conducting research among healthcare providers in Tanzania's public health system: a mixed methods study. Hum Resour Health. 2023;21(1):67. doi: 10.1186/s12960-023-00858-w
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. รายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร 2566. มุกดาหาร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร; 2566.
5. ทักษิณ ชาวดร, พาณี สีตกะลิน, สมจิตต์ สุพรรณทัสน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2562;27(3):249–260.
6. เทพอินทร เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562;12(1):42–51.
7. วิทยา สุนทรฤทธิ์ และคณะ. ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรสาธารณสุข. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2564. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/article/view/274880
8. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park: Sage Publications; 1985.
9. อุไรวรรณ และคณะ. แรงจูงใจในการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2565. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/242972
10. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. The motivation to work. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1959.
11. Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. Am Psychol. 2000;55(1):68–78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68
12. การวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนเป็นฐาน: ในฐานะเครื่องมือและปัจจัยแห่งความสำเร็จของการร่วมสร้างระบบสุขภาพชุมชนที่เกาะยาว. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2566. Available from: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/270617
13. Deci EL, Ryan RM. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum Press; 1985.
14. Wittayapun Y, Nawarat J. Effectiveness of an academic-practice team approach on research capacity building of nurses and public health professionals. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(13):7199. doi: 10.3390/ijerph18137199

การศึกษาและพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ กระทรวงสาธารณสุข

The study and development of tradition Thai medicine services in all levels of Public health facilities under the Ministry of Public Health.

(Received: March 28,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

อัจฉรา เชียงทอง[1] จีรนันท์ บรรทัด[1] สุกัญญา ฉายาชวลิต[2]
Atchara Shiengthong[1] Jeeranan Bantad[1] Sukanya Chajachavalit[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจประเภทการวิจัยเอกสารนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมา กระบวนการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับและแนวทางพัฒนายกระดับมาตรฐานระบบบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยแหล่งข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาจัดหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์ ส่วนเครื่องมือที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมากำหนดประเด็นของการศึกษาแล้วรวบรวมข้อมูลในแต่ละส่วน รวมทั้งการวิเคราะห์ผลการศึกษาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า 1)สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมา พบว่า ผู้บริหาร รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันนโยบายหลัก 12 ข้อ ในแต่ละนโยบายส่งเสริมสนับสนุนในการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยให้เป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น 2) กระบวนการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ พบว่า โดยแต่ละระดับจะกำหนดกิจกรรมให้บริการแตกต่างกันไปตามศักยภาพของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ส่วนผู้มารับบริการส่วนใหญ่สามารถมารับบริการในส่วนแพทย์แผนไทยโดยตรงและมีบางส่วนที่ผู้มารับบริการได้รับการส่งต่อมาจากแพทย์แผนปัจจุบันภายในโรงพยาบาล และจากหน่วยงานอื่น ๆ 3) แนวทางการพัฒนายกระดับมาตรฐานระบบบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ พบว่า ระบบบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในแต่ละระดับจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้ได้มาตรฐาน ไม่ว่าจะเป็นด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้และสภาพแวดล้อม ส่วนบุคลากรด้านการปฏิบัติงาน ด้านการให้บริการ รวมทั้งด้านการควบคุมคุณภาพของการให้บริการ ให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยและความพึงพอใจสอดคล้องกับความต้องการของผู้มารับบริการ ข้อเสนอแนะ 1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายยกระดับงานบริการแพทย์แผนไทยเป็นโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยสู่ความเป็นเลิศ ทุกภาคๆ ละ 4 แห่ง และได้รับงบประมาณสนับสนุนต่อเนื่อง 2) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ กระทรวงสาธารณสุข ควรจัดทำแนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยสู่ความเป็นเลิศและถ่ายทอดให้แก่ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบให้รับทราบแนวทางในการปฏิบัติด้วย

คำสำคัญ: สถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ กระทรวงสาธารณสุข; ระบบบริการแพทย์แผนไทย

ABSTRACT

This study was survey research data analyzed by qualitative method specifically document research. The objectives were to examine the past development situation of the Thai Traditional Medicine service system, the service delivery processes of Thai Traditional Medicine in public health facilities at all levels, and to identify guidelines for developing and upgrading the standards of the Thai Traditional Medicine service system in public health facilities. The data sources for this study were obtained from a review of relevant documents and research studies, which were then categorized according to the research objectives. The research instruments were developed based on the review of relevant documents and studies to define

[1] สถาบันการแพทย์แผนไทย
[2] กองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย

key issues of the study, followed by data collection for each component. The findings were analyzed in alignment with the objectives of the study.

The results of this study were as follows: 1) The situation of the development of the Thai Traditional Medicine (TTM) service system in the past indicated that government executives and the Ministry of Public Health had promoted and implemented 12 points. Each policy supported and promoted the development of the TTM service system, making it more concrete and clearly structured. 2) The service delivery process of Thai Traditional Medicine in public health facilities at all levels showed that each level of public health facility defined different service activities according to its readiness and capacity. Most service recipients were able to directly access Thai Traditional Medicine services, while only a small proportion of patients were referred from conventional medicine departments within hospitals or from other agencies. 3) Guidelines for developing and upgrading the standards of the Thai Traditional Medicine service system in public health facilities revealed that TTM service systems at all levels of public health facilities must be improved to meet standard requirements. These improvements include physical facilities, medical equipment and environmental conditions, human resources, operational practices, service provision, and quality control of services. Suggestions: 1) Policy Recommendation: The government, through the Ministry of Public Health, should establish a policy to upgrade Thai Traditional Medicine services into Centers of Excellence in Thai Traditional Medicine Hospitals in all regions, with four hospitals in each region. These hospitals should receive continuous and sustainable budgetary support. 2) Operational Recommendation: The Ministry of Public Health should develop clear operational guidelines for the implementation of Thai Traditional Medicine Centers of Excellence hospitals and disseminate these guidelines to administrators and responsible personnel to ensure proper understanding and effective implementation in practice.

Keywords: Public health facilities at all levels under the Ministry of Public Health; Thai Traditional Medicine service system

บทนำ

สืบเนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ยังนิยมใช้บริการการแพทย์แผนปัจจุบัน พบว่า บางโรคบางอาการของผู้มารับบริการไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ทั้งหมด ทำให้ประชาชนหันไปแสวงหาการแพทย์อื่น ๆ โดยเฉพาะการแพทย์แผนดั้งเดิม หรือการแพทย์แผนไทยประกอบกับองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้มีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยมากขึ้น ตั้งแต่ปี 2543 ซึ่งก็สอดคล้องกับแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2564) จนถึงปัจจุบัน[1] อีกทั้งรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายอีกหลายฉบับที่ส่งเสริมให้มีการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนอีกทางเลือกหนึ่ง จากนโยบายดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้ตอบสนองนโยบายดังกล่าว ที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2542 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ในขณะนั้น ให้จัดทำโครงการผสมผสานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ ซึ่งต่อมาในปี 2545 ได้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรของรัฐตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และได้บรรจุการแพทย์แผนไทยให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมบริการการแพทย์แผนไทยตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ[2] ยังได้มีการจัดงบประมาณชดเชยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการแพทย์แผนไทยเป็นลักษณะเหมาจ่ายรายหัว นอกจากนี้ ล้วนเป็นสถานการณ์การพัฒนาระบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐอย่างต่อเนื่องจนเป็นรูปธรรมชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามในการพัฒนาระบบริ

การแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับที่ผ่านมา ก็พบปัญหาอุปสรรคมากมาย เช่น การจัดบริการแพทย์แผนไทยในเชิงรุกแบบมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนยังไม่เป็นรูปธรรม มีผู้รับบริการหรือประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าถึงบริการมากนัก การให้บริการ OPD และการดูแลผู้ป่วยในยังไม่ชัดเจน บางส่วนประชาชนยังไม่เชื่อมั่นและยอมรับการให้บริการแพทย์แผนไทย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้รอการแก้ไขต่อไป[3]

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่า น่าจะต้องทบทวนสถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมาว่า กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ทำอะไรมาบ้างแล้วที่ทำให้ประชาชนผู้มาใช้บริการมีความเชื่อมั่นในการใช้บริการเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับการให้บริการของการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ น่าจะต้องศึกษารูปแบบการให้บริการการแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร ซึ่งยังไม่ครอบคลุมการให้บริการแพทย์แผนไทยที่เกิดขึ้นจริง ที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น และมีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างที่จำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขในการให้บริการแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพได้มาตรฐานสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนที่มาใช้บริการพึงพอใจ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงอยากศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์กระบวนการและเสนอแนวทางการยกระดับมาตรฐานระบบบริการการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานการณ์ให้บริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุขขึ้น โดยคาดหวังว่า ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารในการส่งเสริมและสนับสนุนการให้บริการการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง ทำให้ประชาชนที่มาใช้บริการมีความเชื่อมั่น และพึงพอใจในประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนาระบบการให้บริการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมาเกี่ยวกับนโยบายในการขับเคลื่อนการให้บริการแพทย์แผนไทย การเตรียมความพร้อมในการบริหารปัจจัยพื้นฐานในการให้บริการแพทย์แผนไทย และการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยตั้งแต่อดีต-ปัจจุบัน

2. เพื่อศึกษากระบวนการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับเกี่ยวกับการจัดระดับบริการแพทย์แผนไทย กิจกรรมการให้บริการในแต่ละระดับในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ รูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทย การประเมินโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย และปัญหาอุปสรรค

3. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนามาตรฐานระบบบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สำหรับผู้ให้บริการแพทย์แผนไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมุ่งเน้นการศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนเอกสาร ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัยไว้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แหล่งข้อมูลและเกณฑ์การคัดเลือก

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

1.1 ประเภทของเอกสาร

1.1.1 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Sources) เอกสารที่ได้รวบรวมเบื้องต้น จำนวน 38 ฉบับ ได้แก่ ข้อมูลจากการสำรวจ/วิจัย สัมภาษณ์จากการทดลองเชิงปฏิบัติการจากการประชุม

1.1.2 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Sources) เป็นเอกสารที่รวบรวมได้ จำนวน 124 เล่ม ได้แก่ หนังสือวิชาการ บทความวิชาการ

รายงานการวิจัย รายงานประจำปี นโยบายที่เกี่ยวข้อง วารสารข้อมูลจากอินเตอร์เน็ต

1.2 เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก (Inclusion and Exclusion Criteria)

1.2.1 เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เอกสารที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2542 - 2568, ต้องเป็นเอกสารฉบับสมบูรณ์, มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา

1.2.2 เกณฑ์คัดออก ได้แก่ เอกสารที่ไม่มีการระบุผู้แต่งหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบชัดเจน หรือคัดออกตามเกณฑ์การประเมินคุณค่าและความน่าเชื่อถือของเอกสาร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล (Data Extraction Form) โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของการจัดบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ตามแนวทางการศึกษาที่กำหนดในวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเอกสาร ประกอบด้วย ชื่อเอกสาร/บทความ/รายงาน ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงานที่รับผิดชอบ ปีที่พิมพ์/ประกาศใช้ จำนวนหน้าทั้งหมด ประเภทของเอกสาร และแหล่งที่มาของเอกสาร

ส่วนที่ 2 การประเมินคุณค่าและความน่าเชื่อถือของเอกสาร เพื่อประเมินเอกสารตามเกณฑ์ 4 ด้าน ประกอบด้วย ความถูกต้อง (Authenticity) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ความเป็นตัวแทน (Representativeness) และความหมายชัดเจน (Meaning)

ส่วนที่ 3 การสกัดเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

3.1 สถานการณ์การพัฒนาให้บริการการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมา ประกอบด้วย นโยบายการขับเคลื่อนระบบให้บริการแพทย์แผนไทย การเตรียมความพร้อมในการบริหารปัจจัยพื้นฐานก่อนการให้บริการแพทย์แผนไทย และการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทย ตั้งแต่อดีต-ปัจจุบัน

3.2 กระบวนการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ ประกอบด้วย การจัดระดับบริการแพทย์แผนไทย กิจกรรมการให้บริการในแต่ละระดับ รูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทย การประเมินโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย และปัญหาอุปสรรค

3.3 แนวทางการพัฒนามาตรฐานระบบบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการให้บริการ และด้านการควบคุมการให้บริการ

ส่วนที่ 4 บันทึกเพิ่มเติมและข้อสังเกตของผู้วิจัย ประกอบด้วย จุดเด่น/สาระสำคัญที่สุดของเอกสารฉบับนี้ ข้อมูลขัดแย้ง/สอดคล้องกับเอกสารฉบับอื่นอย่างไร และแนวคิด/รหัส (Codes) ที่อาจนำไปใช้ตั้งเป็นประเด็นวิเคราะห์

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลนี้ได้รับการตรวจสอบความครอบคลุมและตรงประเด็นจากผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปใช้จริง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลและการประเมินคุณค่าเอกสาร

4.1 ขั้นตอนการสืบค้น

ผู้วิจัยดำเนินการสืบค้นเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ได้แก่ ฐานข้อมูลวิชาการ หอสมุด และเว็บไซต์ของหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง โดยใช้คำสำคัญ (Keywords) ในการสืบค้น เช่น การแพทย์แผนไทย, มาตรฐานสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ กระทรวงสาธารณสุข

4.2 การประเมินคุณค่าของเอกสาร ก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ประเมินคุณภาพของเอกสารตามหลักการวิพากษ์วิธี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือตามเกณฑ์ 4 ประการ ได้แก่

4.2.1 ความถูกต้อง (Authenticity) คือ เป็นข้อมูลและเอกสารที่มาจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เป็นฉบับจริง และมีความสมบูรณ์

4.2.2 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) คือ เป็นเอกสารที่มีเนื้อหาถูกต้องตามข้อเท็จจริง ปราศจากข้อผิดพลาดและการบิดเบือนข้อมูล

4.2.3 ความเป็นตัวแทน (Representativeness) คือ เป็นข้อมูลที่มีรายละเอียดครอบคลุมและสามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรหรือบริบทที่ศึกษาได้

4.2.4 ความหมายชัดเจน (Meaning) คือ เป็นเอกสารที่ใช้ภาษาเข้าใจง่าย มีความชัดเจน และตีความได้ตรงไปตรงมา

4.3 การจัดทำแนวทางการพัฒนามาตรฐานระบบบริการแพทย์แผนไทย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลประสบการณ์จริงของผู้วิจัยที่เคยลงพื้นที่ไปติดตามงานและนิเทศงานในอดีตที่ผ่านมา จนเห็นสภาพพื้นที่มีอะไรบ้างและยังขาดอะไรบ้าง

ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 มายกร่างในแต่ละด้านเป็นแนวทางการพัฒนามาตรฐานระบบบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

ขั้นตอนที่ 3 นำขั้นตอนที่ 2 มาทบทวนข้อมูลอีกครั้ง แล้วยกร่างแนวทางการพัฒนามาตรฐานระบบบริการแพทย์แผนไทยจนเสร็จ

ขั้นตอนที่ 4 นำข้อมูลตามขั้นตอนที่ 3 นำมาทบทวนและตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง และหาข้อมูลเพิ่มเติมจากอินเตอร์เน็ตช่วยเสริมข้อมูลในส่วนยังขาดไม่สมบูรณ์อีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 5 นำข้อมูลตามขั้นตอนที่ 4 มาจัดทำเกณฑ์ในการประเมินเพื่อให้เกณฑ์การให้คะแนนและเกณฑ์การประเมิน รวมทั้งการรับรองการผ่านเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่ตามที่กำหนด ถ้าไม่ผ่านเกณฑ์สถานบริการสาธารณสุขของรัฐก็สามารถพัฒนาต่อจนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดได้

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการรวบรวมและตรวจสอบข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

5.1 วิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาระบบการให้บริการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมา และกระบวนการให้บริการของระบบบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยนำข้อมูลทุติยภูมิของผู้มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มาวิเคราะห์และนำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวนและร้อยละ ควบคู่กับการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยอธิบายพรรณนาด้วยเหตุและผล

5.2 วิเคราะห์แนวทางการพัฒนามาตรฐานระบบบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยนำเสนอในรูปแบบการพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) อย่างเป็นเหตุเป็นผล เพื่อให้เห็นภาพแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน

6. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

เพื่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ใช้วิธี การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยใช้วิธีการตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย (แหล่งข้อมูลบุคคล สถานที่ หรือเวลาที่ต่างกัน) และนำข้อมูลที่ได้จากเอกสารหลายประเภท เช่น นโยบายจากส่วนกลาง รายงานการปฏิบัติงานในพื้นที่ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเปรียบเทียบและประเมินความสอดคล้องกัน หากข้อมูลจากแหล่งต่างๆ บ่งชี้ไปในทิศทางเดียวกัน จึงจะนำข้อมูลนั้นมาสรุปเป็นผลการศึกษา

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำ

ตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การพัฒนาระบบการให้บริการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมา

1. นโยบายการขับเคลื่อนการให้บริการการแพทย์แผนไทย จากการทบทวนเอกสารปรากฏข้อมูลชัดเจนว่า รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ มีนโยบายและผลักดันให้มีการขับเคลื่อนโดยเฉพาะการส่งเสริมและสนับสนุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก็สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลด้านสาธารณสุข (ข้อ 9) ที่กำหนดให้มีพัฒนาระบบสาธารณสุขโดยมุ่งเน้นการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้เหมาะสม อย่างเท่าเทียม โดยการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยให้มีประสิทธิภาพ ทันสมัย เป็นที่ยอมรับในระดับสากล นอกจากนี้ ยังพบว่า ยุทธศาสตร์การแพทย์ดั้งเดิมหรือการแพทย์แผนไทยขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2557 – 2566 ยุทธศาสตร์ฉบับนี้ มีเป้าหมายคือ สนับสนุนให้ประเทศสมาชิกนำการแพทย์ดั้งเดิมหรือการแพทย์แผนไทยมาใช้ดูแลสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น [3]

2. การเตรียมความพร้อมในการบริหารปัจจัยพื้นฐานก่อนการให้บริการแพทย์แผนไทย

การเตรียมความพร้อมครอบคลุมใน 4 ด้านหลัก ดังนี้

2.1 การบริหารจัดการ มีการกำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ[4] ดังนี้

2.1.1 แนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย พบว่า ได้เริ่มทำแนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยในปีงบประมาณ 2549 และแล้วเสร็จในปีงบประมาณ 2550 เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้มีแนวทางและสามารถทำเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยได้อย่างถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2.1.2 รหัสข้อมูลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย พบว่า ในปีงบประมาณ 2549 ได้จัดทำรหัสข้อมูลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย และแล้วเสร็จในปีงบประมาณ 2551 เพื่อให้มีข้อมูลการรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนไทยที่ถูกต้องและเป็นระบบ โดยใช้แนวทางการจัดทำรหัส ICD-10 ของการแพทย์แผนปัจจุบัน

2.1.3 จัดทำแนวทางการให้บริการหัตถการด้วยการแพทย์แผนไทย พบว่า ตามที่ได้มีการจัดทำรหัสหัตถการด้านการแพทย์แผนไทย ไปแล้วนั้น และเพื่อให้ผู้ที่ทำเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถสั่งการรักษาและให้บริการหัตถการด้านการแพทย์แผนไทยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และเป็นในทิศทางเดียวกัน

2.1.4 การจัดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยแพทย์แผนไทย พบว่า ปีงบประมาณ 2557 จึงได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยการแพทย์แผนไทย ซึ่งประกอบด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) โรคตับแข็ง และโรคสะเก็ดเงิน

2.1.5 การจัดทำแนวทางผดุงครรภ์มารดาด้วยแพทย์แผนไทย พบว่า ในปัจจุบันมีหญิงหลังคลอดให้ความนิยมใช้บริการการแพทย์แผนไทย เพื่อดูแลสุขภาพหลังคลอดเพิ่มมากขึ้น ในปีงบประมาณ 2557 จึงได้จัดทำแนวทางการผดุงครรภ์มารดาด้วยการแพทย์แผนไทย

2.2 บุคลากรและผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย

มีการกำหนดกรอบอัตรากำลังของแพทย์แผนไทยในสถานบริการ 3 ระดับอย่างชัดเจน ดังนี้

2.2.1 บริการระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) กำหนดให้มีแพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน

2.2.2 บริการระดับทุติยภูมิ ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชนทุกระดับ กำหนดให้มีแพทย์แผนไทยจำนวน อย่างต่ำ 3 คน และสูงสุดไม่เกิน 5 คน และ

2.2.3 บริการระดับตติยภูมิ ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไปทุกระดับ และโรงพยาบาลศูนย์ มีแพทย์แผนไทย จำนวนอย่างต่ำ 3 คน และสูงสุดไม่เกิน 5 คน และโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยกำหนดให้มีแพทย์แผนไทยจำนวนอย่างต่ำ 8 คน และสูงสุดไม่เกิน 10 คน[5]

2.3 เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และยาเวชภัณฑ์ด้านการแพทย์แผนไทย

2.3.1 บัญชียาแผนไทยที่ใช้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ พบว่า ในปีงบประมาณ 2553 จึงได้จัดทำบัญชียาแผนไทยสำหรับโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2553 มีจำนวน 553 รายการ จำแนกเป็นยาเดี่ยว 67 รายการ ยาตำรับ 486 รายการ

2.3.2 รหัสยาแผนไทย พบว่า เพื่อให้มีการใช้ยาแผนไทยอย่างเป็นระบบ และนำมาใช้ในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการเชื่อมโยงการใช้ประโยชน์ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ในปีงบประมาณ 2553 จึงได้มีการจัดทำรหัสยาแผนไทยสำหรับโรงพยาบาล และหน่วยบริการสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดโครงสร้างรหัสยาแผนปัจจุบัน

2.3.3 การพัฒนาการปลูกและการเก็บเกี่ยวสมุนไพรตามมาตรฐาน GACP พบว่า ในปีงบประมาณ 2552-2553 ได้จัดทำโครงการพัฒนาการปลูกและการเก็บเกี่ยวสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน GACP เพื่อการพึ่งตนเองด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อพัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรที่จะนำมาใช้ในการผลิตยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐให้มีคุณภาพ มาตรฐาน จึงได้มีการจัดทำคู่มือการปลูกสมุนไพรที่เหมาะสมในประเทศไทย

2.3.4 การพัฒนาการผลิตยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐให้ได้ GMP พบว่า เพื่อพัฒนายาสมุนไพรที่ผลิตจากโรงพยาบาลของรัฐให้มีคุณภาพ จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาการผลิตยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐให้ได้มาตรฐาน GMP โดยนำหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาสมุนไพร ฉบับปี พ.ศ. 2548 (GMP) และ PIC/S บางส่วน ของอย. มาเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ประกอบด้วยการพัฒนาใน 4 ด้านคือ ด้านบุคลากร ด้านอาคารสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ ด้านการจัดทำเอกสาร และด้านการดำเนินการผลิต

2.4 งบประมาณและการสนับสนุนวิชาการและค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการให้บริการแพทย์แผนไทย

2.4.1 การจัดทำราคากลางยาแผนไทย พบว่า ตามที่มีรายการยาแผนไทยที่ครอบคลุมการบำบัดรักษาโรคมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะยาแผนไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติมีถึงจำนวน 74 รายการ ซึ่งมีทั้งยาที่ผลิตจากโรงพยาบาลของรัฐและภาคเอกชนส่งผลให้ยาแผนไทยมีราคาที่แตกต่างกัน มีความหลากหลาย บางแห่งไม่สะท้อนต้นทุนการผลิตที่แท้จริงและไม่สอดคล้องกับราคาในปัจจุบัน ในปีงบประมาณ 2555 จึงได้เริ่มจัดทำราคากลางยาแผนไทยและต่อเนื่องจนถึงปีงบประมาณ 2557 ระยะแรกเป็นการจัดทำราคากลางของยาแผนไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติก่อน เพื่อให้มีราคาที่เหมาะสมสำหรับใช้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

2.4.2 การจัดทำแนวทางการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยใน พบว่า ตามที่ได้มีการพัฒนาให้มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีการรักษาผู้ป่วยในด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย แต่การคำนวณเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยของผู้ป่วยใน ยังไม่ชัดเจนและมีข้อจำกัด ทำให้บริการการแพทย์แผนไทยมีรายรับต่ำกว่าต้นทุน ในปีงบประมาณ 2555 จึงได้เริ่มมีการพัฒนาแนวทางการเบิกค่ารักษาพยาบาลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยในจนถึงปีงบประมาณ 2557 โดยเป็นการศึกษาวิจัย มีการเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยในด้วยการแพทย์แผนไทย ย้อนหลังตั้งแต่ปี 2552 – 2556 จากโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและโรงพยาบาลอื่น ๆ ถึงแม้จะสามารถคำนวณหาค่าเงินชดเชย ค่ารักษาพยาบาลของแต่ละกลุ่มโรคได้แล้ว แต่จะต้องมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาการวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ของผู้ป่วยในต่อไป

3. การเบิกจ่ายค่ารักษาด้านการแพทย์แผนไทยตามสิทธิสวัสดิการในแต่ละด้าน ดังนี้

3.1 ด้านกระทรวงการคลัง พบว่า กระทรวงการคลัง ได้กำหนดหลักเกณฑ์การเบิกค่ารักษาพยาบาลด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไว้ดังนี้ (1) ค่ายาที่เบิกได้ คือ ค่ายาที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรคโดยตรง ส่วนยาแผนไทยที่เบิกได้ คือยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ ยาที่อยู่ในเภสัชตำรับโรงพยาบาล และยาที่ปรุงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย และ (2) ค่าบริการบำบัดรักษาโรคด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยที่เบิกได้ คือ ค่านวดเพื่อบำบัดรักษาโรคโดยตรง ค่านวดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต โรคสันนิบาต) ค่าอบไอน้ำสมุนไพร เพื่อการบำบัดรักษาโรคและ/หรือฟื้นฟูโรคหอบ หืด หรือภูมิแพ้ และค่าประคบสมุนไพร เพื่อการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต โรคสันนิบาต

3.2 ด้านหลักประกันสุขภาพด้วนหน้า พบว่า ผู้มีสิทธิ์จะได้รับความคุ้มครองค่าบริการทางการแพทย์แผนไทย โดยไม่ต้องเสียค่าบริการหรือค่าใช้จ่าย ได้แก่ (1) การบริการการนวดไทย การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร พอกยา ทั้งการให้บริการในหน่วยบริการและการบริการเชิงรุกในชุมชน (2) บริการฟื้นฟูสุขภาพแม่หลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย และ (3) การสั่งจ่ายยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

3.3 ด้านระบบประกันสังคม พบว่า ผู้ประกันตนสามารถรับบริการการแพทย์แผนไทยได้ โดยมีหลักเกณฑ์เช่นเดียวกับการรับบริการของการแพทย์แผนปัจจุบัน (5)

4. การพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยตั้งแต่อดีต-ปัจจุบัน (พ.ศ. 2542 - 2568)

จากการทบทวนเอกสารทางประวัติศาสตร์และนโยบายที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์และแบ่งระยะการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐออกเป็น 4 ระยะสำคัญ ดังนี้

ระยะที่ 1 ยุคบุกเบิกและวางรากฐานการเข้าถึงบริการ (พ.ศ. 2542 – 2553) เป็นช่วงเวลาของการเริ่มต้นนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการของรัฐอย่างเป็นรูปธรรม และผลักดันเรื่องสิทธิการเบิกจ่ายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ

ปี พ.ศ. 2542 เริ่มมีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐในทุกระดับ ทำให้หน่วยบริการภูมิภาคมีทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจนขึ้น

ปี พ.ศ. 2545 บรรจุบริการการแพทย์แผนไทยให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปี พ.ศ. 2551 จัดตั้งกองทุนพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ภายใต้ สปสช.) เพื่อสนับสนุนงบประมาณเฉพาะในอัตรา 1 บาทต่อหัวประชากร

ปี พ.ศ. 2552 นำร่องจัดตั้ง "โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย" ในโรงพยาบาล

ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ที่มีความพร้อม

ปี พ.ศ. 2553 ขยายการนำร่องลงสู่ระดับปฐมภูมิ โดยสนับสนุนการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดละ 2 แห่ง และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ทุกแห่ง (รวม 237 แห่ง)

ระยะที่ 2 ยุคยกระดับมาตรฐานและบูรณาการเข้าสู่ระบบหลัก (พ.ศ. 2555 – 2559) เป็นช่วงที่มุ่งเน้นการจัดระบบหลังบ้าน เช่น การเบิกจ่ายผู้ป่วยใน การจัดทำราคากลาง และการนำการแพทย์แผนไทยไปจัดบริการร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

ปี พ.ศ. 2555 พัฒนาแนวทางการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (DRG) ด้านการแพทย์แผนไทย และเริ่มทดลองใช้ในโรงพยาบาลนำร่องในปี 2557

ปี พ.ศ. 2557 ส่งเสริมให้มีคลินิกผู้ป่วยนอก (OPD) ด้านการแพทย์แผนไทยในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

ปี พ.ศ. 2558 ยกระดับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ให้เป็น 1 ใน 19 สาขาหลักของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมจัดทำราคากลางยาสมุนไพรเพื่อเป็นฐานข้อมูลในการจัดซื้อ

ปี พ.ศ. 2559 บูรณาการการรักษาในรูปแบบ "คลินิกครบวงจร" ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก โดยนำร่องใน 4 กลุ่มโรคที่พบบ่อย ได้แก่ อัมพฤกษ์อัมพาต ไมเกรน ข้อเข่าเสื่อม และภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น

ระยะที่ 3 ยุคการรับรองคุณภาพและการจัดการภาวะวิกฤต (พ.ศ. 2560 – 2564) เป็นช่วงเวลาของการสร้างมาตรฐานคุณภาพ (HA) อย่างจริงจัง และการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาไทยในการรับมือกับโรคอุบัติใหม่

ปี พ.ศ. 2560 เริ่มดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์แผนไทย (TTM HA) โดยจัดทำเกณฑ์การรับรองและผนวกเข้ากับเกณฑ์การประเมิน HA ของหน่วยบริการ

ปี พ.ศ. 2561 ส่งเสริมการจัดบริการผู้ป่วยใน (IPD) ในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย พร้อมพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานผู้ป่วยใน

ปี พ.ศ. 2562 พัฒนามาตรการและแนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19

ปี พ.ศ. 2564 ขยายบทบาทสู่การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยใช้การแพทย์แผนไทยผสมผสานในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 4 ยุคบริการเชิงรุกและการผลักดันระดับนโยบาย (พ.ศ. 2566 – 2568)[6] เป็นช่วงปัจจุบันที่มุ่งเน้นการกระจายอำนาจการรักษาลงสู่ชุมชน และเพิ่มอำนาจการสั่งจ่ายยาสมุนไพรให้ครอบคลุมวิชาชีพอื่น

ปี พ.ศ. 2566 ส่งเสริมบริการระดับปฐมภูมิ (รพ.สต.) ให้ใช้การแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สะเก็ดเงิน หลอดเลือดสมอง และมารดาหลังคลอด

ปี พ.ศ. 2567 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจาก สปสช. เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมการใช้ยาแผนไทยในสถานบริการของรัฐ

ปี พ.ศ. 2568 มีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเชิงรุก โดยอนุญาตให้ "แพทย์แผนปัจจุบัน" สามารถสั่งจ่ายยาสมุนไพรเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นใน 10 กลุ่มอาการได้

ส่วนที่ 2 กระบวนการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์กระบวนการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐได้ใน 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

2.1 การจัดระดับบริการแพทย์แผนไทย[5]

การให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) โดยแต่ละระดับมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ กรอบอัตรากำลังบุคลากร และมาตรฐานเครื่องมืออุปกรณ์ที่ชัดเจน เพื่อให้ระบบบริการบูรณาการร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 กิจกรรมที่ให้บริการแพทย์แผนไทยในแต่ละระดับ

การจัดบริการได้ถูกออกแบบให้สอดคล้องกับศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับ ดังนี้

- ระดับปฐมภูมิ (รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน) พบว่า มีตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาเบื้องต้นด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยผู้ที่ได้รับมอบหมายตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 หรือแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ มีการใช้ยาแผนไทยให้กับผู้รับบริการ ได้แก่ ยาแผนไทยที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ และยาสมุนไพรที่ใช้งานสาธารณสุขมูลฐาน ยาแพทย์แผนไทยสามารถใช้ยาแผนไทยได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการให้บริการหัตถการด้านการแพทย์แผนไทย โดยมีการนวดไทย การประคบสมุนไพร เพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ เช่นเดียวกันมีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป เช่น การให้ความรู้ สาธิต คำแนะนำ คำปรึกษา การตอบคำถาม การสอนสุขศึกษา การจัดนิทรรศการ การจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เช่น การออกกำลังกายด้วยท่าฤาษีดัดตน การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ/อาหารตามธาตุเจ้าเรือน การทำสมาธิ การสวดมนต์ เป็นต้น ส่วนในการทำงานการแพทย์แผนไทยเชิงรุกในชุมชน มีการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายพิเศษด้วยการแพทย์แผนไทย เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้สูงอายุ จัดทำศูนย์รวมใจผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวด้วยการแพทย์แผนไทย ส่งเสริมอนุรักษ์ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เช่น การสำรวจรวบรวมข้อมูลสมุนไพร ตำรับตำรา และเครือข่ายบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยในชุมชน สนับสนุนและพัฒนาเครือข่ายภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในชุมชน มีการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาและการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน

- ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ[5] (รพช./รพท./รพศ.) พบว่า มีการตรวจ วินิจฉัย และสั่งการรักษาโดยแพทย์แผนไทยในโรคทั่วไปและโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จัดคลินิกแพทย์แผนไทย(OPD) ให้กับผู้รับบริการ เช่น คลินิกแพทย์แผนไทยที่อาคารแพทย์แผนไทย/คลินิกแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบันที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล/คลินิกโรคเรื้อรัง รวมทั้งการออกหน่วยแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่ มีการใช้ยาแผนไทยให้กับผู้รับบริการ พบว่า เป็นยาแผนไทยที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ ยาที่ผลิตตามตำรับในคัมภีร์-ตำราการแพทย์แผนไทย ยาที่ผลิตตามตำรับของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ ยาที่ปรุงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย และยาจากสมุนไพรที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน นอกจากนี้ยังให้บริการหัตถการด้านการแพทย์แผนไทย มีการนวดไทย การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร การผดุงครรภ์ไทย เช่นเดียวกันมีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แก่ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป มีการให้บริการรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนไทยแก่ผู้ป่วยใน มีการรับและส่งต่อผู้ป่วยด้านการแพทย์แผนไทยภายในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ

เช่น การพัฒนารพ.สต.ในเขตความรับผิดชอบและหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง มีการทำงานการแพทย์แผนไทยเชิงรุกในชุมชน เช่นเดียวกับระดับปฐมภูมิ

2.3 รูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ พบว่า รูปแบบการดำเนินงานหลักที่สำคัญของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย มีช่องทางการเข้ารับบริการหลายช่องทาง ซึ่งช่องทางหลัก คือ ผู้รับบริการมาที่โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยโดยตรง นอกจากนี้ยังมีผู้รับบริการบางส่วนได้รับการส่งต่อจากแพทย์แผนปัจจุบันภายในโรงพยาบาล และจากหน่วยงานอื่น ๆ ให้มารับบริการการแพทย์แผนไทย โดยมีการให้บริการทั้งการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ครอบคลุมบริการการแพทย์แผนไทยทั้ง 4 สาขา ได้แก่ ด้านเวชกรรมแผนไทย ซึ่งการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษา ดำเนินการโดยแพทย์แผนไทยที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นหลัก และยังมีด้านเภสัชกรรมไทย ด้านการนวดไทย และด้านการผดุงครรภ์ไทย โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยทุกแห่งมีการให้บริการในลักษณะผู้ป่วยนอก (OPD) การให้บริการผู้ป่วยใน (IPD) นอกจากนั้นยังพบว่าโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยมีลักษณะเด่นที่แตกต่างจากการให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยทั่ว ๆ ไป คือ ทุกแห่งมีการจัดคลินิกเฉพาะโรคให้กับผู้ป่วย ได้แก่ คลินิกโรคข้อเข่าเสื่อม คลินิกโรคไมเกรน คลินิกโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น คลินิกอัมพฤกษ์อัมพาต

2.4 การประเมินการจัดบริการของการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปผลการประเมินการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐใน 4 มิติ ได้ดังนี้ พบว่า มีผลการประเมิน ดังนี้

1) การประเมินบริบท พบว่า บริบททั้งหมดประกอบด้วย นโยบายที่เกี่ยวข้องด้านการแพทย์แผนไทย การใช้การแพทย์แผนไทยของประชาชน การจัดบริการการแพทย์แผนไทยของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทย วัตถุดิบ ยา และผลิตภัณฑ์สมุนไพร สวัสดิการรักษาพยาบาลด้านการแพทย์แผนไทย และสถานการณ์กำลังของแพทย์แผนไทย เป็นปัจจัยหรือสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย และการดำเนินงานของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับนโยบายที่สำคัญ 12 นโยบาย ซึ่งนโยบายส่วนใหญ่ได้มีการกำหนดหรือเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรตั้งแต่นโยบายระดับโลก ระดับชาติ ระดับกระทรวงจนถึงระดับกรม และบางนโยบายได้กำหนดให้มีการจัดตั้งและพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยไว้อย่างชัดเจน

2) การประเมินปัจจัยนำเข้า พบว่า โดยรวมมีปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากรที่เกี่ยวข้องสามารถทำให้การจัดบริการการแพทย์แผนไทยดำเนินการได้ แต่ยังไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากมีปัจจัยนำเข้าที่สำคัญที่ยังไม่เพียงพอและเหมาะสม ได้แก่ โครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่ไม่มีการกำหนดอย่างเป็นทางการ มีเพียงเป็นโครงสร้างภายในเท่านั้น ส่งผลกระทบไปถึงบุคลากรที่มาปฏิบัติงาน ในขณะที่บุคลากรหลักคือแพทย์แผนไทยยังมีไม่เพียงพอและยังต้องพัฒนาให้มีความเชี่ยวชาญให้มากยิ่งขึ้น และยังขาดบุคลากรอื่น ๆ ที่จะมาช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งยังขาดความมั่นคงและความก้าวหน้าในการดำเนินงาน โดยบุคลากรส่วนใหญ่เป็นลูกจ้าง ในขณะที่เป็นข้าราชการมีเพียงร้อยละ 17.70 เท่านั้น ในส่วนของงบประมาณที่ใช้ในการพัฒนาให้เกิดโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย และพัฒนาการดำเนินงานในระยะต่อมา ยังไม่

เพียงพอและไม่มีความชัดเจนของแหล่งที่มา ส่วนปัจจัยนำเข้าอื่น ๆ ไม่กระทบต่อการดำเนินงานมากนัก

3) การประเมินกระบวนการดำเนินงาน พบว่า การดำเนินงานของการจัดบริการการแพทย์แผนไทย มีความเหมาะสมก่อให้เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ ผลกระทบที่ชัดเจนและมีความยั่งยืน ประกอบด้วย การให้บริการการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีทั้งการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีการจัดคลินิกเฉพาะโรค มีชนิดของบริการการแพทย์แผนไทย ที่หลากหลาย รวมทั้งการปรุงยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย และยังมีการดำเนินงานอื่น ๆ ประกอบด้วย การผลิตยา/ปรุงยาในรูปแบบง่าย ๆ การผลิตและจำหน่ายยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพรและอุปกรณ์ทางการแพทย์แผนไทย การฝึกอบรม การศึกษาวิจัย การเป็นสถานที่ศึกษาดูงาน และฝึกงานด้านการแพทย์แผนไทย การผลิตนักศึกษาแพทย์แผนไทย และการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยในชุมชน และยังพบว่า การจัดบริการการแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่พบมากคือ ปัญหาด้านการบริหารจัดการ/โครงสร้าง และปัญหากำลังคนแพทย์แผนไทย เป็นต้น

4) การประเมินผลที่เกิดจากการดำเนินงาน พบว่า มีผลงานทั้งปริมาณและคุณภาพที่ชัดเจน และมีผลกระทบในทางบวก ซึ่งประกอบด้วย ผลผลิต (Output) โดยมีผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยในระยะ 5 ปี จำนวน 1,051,791 คน มากกว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยนอก และส่วนใหญ่เจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง ในขณะที่ผู้ป่วยในมีการเจ็บป่วยที่หลากหลายระบบและมีความซับซ้อนมากขึ้น โดยมีจำนวนครั้งของการใช้บริการการแพทย์แผนไทยสูงถึง 4,986,406 ครั้ง และส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 82.97 เป็นการใช้บริการเพื่อการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ และผู้รับบริการมีการใช้สิทธิ์ข้าราชการมากที่สุด ร้อยละ 40.61 ผลลัพธ์ (Outcome) ผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 80 มีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย มีความพึงพอใจในการใช้บริการการแพทย์แผนไทย ในระดับความพึงพอใจมากถึงมากที่สุด และมีอาการดีขึ้นหลังจากที่ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย โดยมีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในระยะ 5 ปี เท่ากับ 259,163,935.59 บาท ผลกระทบ(Impact) มีการใช้ยาแผนไทยทดแทนยาแผนปัจจุบัน ผู้เข้ารับการอบรมนวดส่วนใหญ่นำความรู้จากการอบรมไปใช้ประโยชน์ และเกษตรกรที่ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ปลูกสมุนไพร ส่วนใหญ่นำไปประกอบเป็นอาชีพเสริมเพิ่มรายได้อีกทางหนึ่ง[3]

2.5 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

1) ด้านการบริหารจัดการ/โครงสร้าง คือ ยังไม่มีโครงสร้างโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่เป็นทางการเป็นแต่เพียงโครงสร้างภายในเท่านั้น

2) ด้านกำลังคนแพทย์แผนไทย คือ แพทย์แผนไทยได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการน้อย เนื่องจาก กรอบอัตรากำลังกำหนดเอาไว้น้อยและการจัดสรรได้รับน้อย ทำให้แพทย์แผนไทยขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ไม่มีความมั่นคงและไม่ก้าวหน้าในวิชาชีพ ส่งผลให้แพทย์แผนไทยลาออก ย้ายบ่อย เพื่อไปทำงานภาคเอกชนที่มีรายได้มากกว่า

3) ด้านงบประมาณ คือ งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนเพื่อดำเนินงานของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยมีน้อยไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน

4) ด้านบริการ คือ มีผลกระทบต่อการให้บริการผู้ป่วย สืบเนื่องจากศักยภาพของบุคลากรผู้ให้บริการบางส่วนยังขาดทักษะความชำนาญในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้านเวชกรรมโดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อน

5) ด้านผู้รับบริการ คือ ผู้รับบริการมีหลายอารมณ์บางคนไม่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ ทำให้เจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการไม่

สะดวกในการให้บริการและการเดินทางของผู้รับบริการไม่สะดวกเนื่องจากอยู่ไกลจากโรงพยาบาล บางคนอยู่ต่างจังหวัด

6) ปัญหาด้านอื่น ๆ คือ อาคาร สถานที่ของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยไม่เพียงพอ บางแห่งไม่สามารถแยกเป็นห้องให้บริการ แต่ละแผนกที่ชัดเจนได้ บางแห่งไม่มีการแยกเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน

7) ด้านการยอมรับแพทย์แผนไทย พบว่า “การแพทย์แผนไทยยังต้องการพิสูจน์ด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อศึกษาศาสตร์ต่าง ๆ ของการแพทย์แผนไทยให้เกิดการยอมรับการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น”

8) ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารงานแพทย์แผนไทยของประชาชน พบว่า ไทยต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์งานบริการการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรมากยิ่งขึ้น[3]

ส่วนที่ 3 แนวทางการพัฒนายกระดับมาตรฐานการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

จากการศึกษาสถานการณ์และกระบวนการให้บริการแพทย์แผนไทยในอดีตจนถึงปัจจุบัน ผู้วิจัยพบข้อจำกัดสำคัญประการหนึ่งคือ ความหลากหลายของรูปแบบการให้บริการที่ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้หน่วยงานส่วนกลางขาดความชัดเจนในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้สังเคราะห์ แนวทางการพัฒนายกระดับมาตรฐานการให้บริการแพทย์แผนไทย เพื่อให้สถานบริการทุกแห่งนำไปปรับใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้[(7)]

1) ด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ และสภาพแวดล้อม พบว่า สถานที่ตั้งของบริการแพทย์แผนไทยต้องชัดเจน มีห้องตรวจ คัดกรอง รักษาและเก็บพยานวัตถุและมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ถูกกระทำความรุนแรงที่เหมาะสม ส่วนเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นให้บริการอย่างเพียงพอและพร้อมใช้งาน รวมทั้งจะต้องมีสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อผู้ถูกกระทำความรุนแรง มีการระบายอากาศที่ดี ไม่อับชื้น มีแสงสว่างเพียงพอในการให้บริการ

2) ด้านบุคลากร พบว่า ต้องมีหัวหน้าบริการและมีจำนวนบุคลากรเพียงพอและเหมาะสม มีทีมที่ปรึกษา มีบุคลากรทำหน้าที่คัดกรอง วินิจฉัยเบื้องต้น รักษาและส่งต่อทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ มีส่วนร่วมในการให้บริการ

3) ด้านการปฏิบัติงาน พบว่า ผู้รับผิดชอบงานบริการแพทย์แผนไทยต้องมีการกำหนดขอบเขต บทบาท หน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานที่ชัดเจน โดยการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติสอดคล้องกับแผนภูมิการปฏิบัติงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน มีการจัดทำฐานข้อมูลแยกตามประเภทการให้บริการของการแพทย์แผนไทย รวมทั้งการบันทึกข้อมูลแยกตามอาการ/กลุ่มโรคที่เจ็บป่วย นอกจากนี้

4) ด้านการให้บริการ พบว่า ระบบบริการแพทย์แผนไทยจะต้องมีเวชระเบียนของตัวเองที่ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ มีขอบเขตการให้บริการครอบคลุมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ มีระบบการให้บริการแบบครบวรจรที่ชัดเจนรวมทั้งมีระบบติดตามและเฝ้าระวังหลังยุติการให้บริการ โดยต้องมีการประชาสัมพันธ์การให้บริการแก่บุคลากรในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลแก่ผู้มารับบริการ โดยมีช่องทางการเข้าถึงบริการของแพทย์แผนไทยที่เป็นธรรมและเท่าเทียม และหลังการรักษาอาจจำเป็นต้องส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาลในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่ชัดเจน รวมทั้งให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชม.

5) ด้านการควบคุมคุณภาพการให้บริการ พบว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกแห่งมีแบบรายงานจากการรับบริการและต้องรายงานการแก้ไขจากการรับบริการ ป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ ถ้าเป็นเหตุการณ์นั้นไม่พึงประสงค์และต้องรายงานตามลำดับขั้น รวมทั้งมีนวัตกรรม/บทความ/วิชาการ/งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการแพทย์

แผนไทยอย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี และมีผลงานเชิงประจักษ์ เช่น Best Practice/บทความวิชาการ/วิจัย ได้รับเชิดชูเป็นการมอบโล่รางวัล/ประกาศเกียรติคุณ

แนวทางการประเมินมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย พบว่า กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้มีการมอบหมายให้แต่งตั้งคณะกรรมการประเมินมาตรฐานของจังหวัดเอง โดยมีการประเมินอย่างน้อย 1 ปี/ครั้ง แล้วรวบรวมส่งให้กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อพิจารณาต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบว่า นโยบายเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยผลักดันให้เกิดระบบบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ อีกส่วนหนึ่งมาจากงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนในการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยที่ไม่ได้ราบรื่นมากนัก เพราะยังมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ผู้บริหาร บุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีสภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ปัญหาอุปสรรคเหล่านี้ ผู้วิจัยเห็นว่าสำคัญน่าจะนำมาอภิปรายผลเพื่อหาทางออกที่ดีต่อไปตามประเด็นดังต่อไปนี้

1) สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมา พบว่า ผู้บริหาร รัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นได้มีการผลักดันนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง รวม 12 นโยบายหลักที่ทำให้เกิดระบบบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่เป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น ตามประเด็นนี้ในภาพรวมบ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้บริหารให้ความสำคัญในเรื่องนี้ จึงได้ส่งเสริมสนับสนุนมาอย่างต่อเนื่อง มีการติดตาม ควบคุม กำกับ จนทำให้งานบริการแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกในระบบสุขภาพของคนไทย และช่วยลดช่องว่างหรือข้อจำกัดของการแพทย์แผนไทยปัจจุบันได้ระดับหนึ่ง ซึ่งผู้วิจัยเห็นด้วยอย่างยิ่งว่างานบริการแพทย์แผนไทยเป็นส่วนช่วยเสริมให้คุณภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ ยลชัย จงจิระศิริ[8] ได้ศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยหัตถการพอกเข่า ในการดูแลผู้ป่วยภาวะข้อเข่าเสื่อม พบว่า ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการนวดและพอกเข่าติดต่อกัน 5 ครั้ง ช่วยลดอาการปวดและความฝืดลง แต่เพิ่มความสามารถในการใช้ข้อเข่าดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน ทดแทนการผ่าตัดได้ตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเห็นว่า การพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยแบบครบวงจร เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และสร้างโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยมีคุณภาพได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นควรให้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายให้จัดเจน มีการถ่ายทอดให้บุคลากรเข้าใจทุกระดับ บุคลากรเหล่านี้ควรเป็นทีมที่มุ่งมั่นทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ สร้างการยอมรับจากแพทย์แผนปัจจุบัน ที่สำคัญควรมีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและเป็นเครือข่ายทั้งในและนอกองค์กร

2) กระบวนการบริการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ พบว่า โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ละระดับต่างก็มีกิจกรรมการให้บริการแพทย์แผนไทย แตกต่างกันได้ตามความพร้อมและศักยภาพของแต่ละแห่ง แต่อย่างไรก็ตาม ก็พบว่า โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยจะแตกต่างจากการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ คือ มีคลินิกเฉพาะโรค เช่น คลินิกข้อเข่าเสื่อม คลินิกโรคไมเกรน คลินิกโรคภูมิแพ้ เป็นต้น คลินิกเฉพาะโรคเหล่านี้ โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยมีความเชี่ยวชาญในการรักษามากที่สุด คือ โรคข้อเข่าเสื่อม รองลงมา คือ การรักษาผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต การรักษาโรคสะเก็ดเงิน โรคเหล่านี้บ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยนิยมมารักษามากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งตรงประเด็นนี้ ผู้วิจัยอยากเห็นผลการรักษาซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้กล่าวถึง คือ ผลการรักษาที่ชัดเจน อย่างเช่น โรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้พิสูจน์โดยการศึกษาวิจัยทางคลินิกว่า

การใช้หัตถการพอกเข่าแก่ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมรักษาได้ผลดีตามที่ได้กล่าวมาแล้ว[8] ทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เกิดการยอมรับผลการรักษาและกำหนดให้การรักษาข้อเข่าเสื่อมเป็นชุดสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชนขึ้น ผู้วิจัยจึงอยากให้โรคอื่น ๆ ที่คลินิกเฉพาะทางทางด้านการแพทย์แผนไทยที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการมาก ๆ ควรมีการศึกษาผลการรักษาทางคลินิกเพื่อให้ประชาชน แพทย์แผนปัจจุบัน หรือทีมสหวิชาชีพเกิดการยอมรับ และเชื่อมั่นผลการรักษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาณิศา รักความสุข และคณะ[3] ได้ประเมินโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย มีการเสนอให้ศึกษาวิจัยทางคลินิกเพื่อเป็นข้อมูลยืนยันผลการรักษาให้เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นว่า ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขควรให้นโยบายการจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยเป็น Excellence center ทุกภาคๆ ละแห่งเป็นการนำร่อง ซึ่งกำหนดให้มีการศึกษาวิจัยทางคลินิกเป็นส่วนหนึ่งของการจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย Excellence center ด้วย

3) แนวทางการพัฒนายกระดับระบบบริการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จากผลการศึกษาพบว่า กระบวนการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ พบปัญหาอุปสรรคมากมาย เช่น ปัญหาด้านบริหารจัดการ/โครงสร้าง ปัญหาด้านกำลังคนแพทย์แผนไทย ด้านงบประมาณ ด้านบริการและด้านอื่น ๆ ปัญหาอุปสรรคเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทั้งสิ้น ตรงประเด็นนี้บ่งชี้ให้เห็นว่า การให้บริการแพทย์แผนไทยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่มาจากผู้บริหาร ผู้ให้บริการและผู้มารับบริการ ซึ่งไปเชื่อมโยงกับระบบการบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในแต่ละระดับที่ยังไม่ได้มาตรฐาน ทำให้การให้บริการแพทย์แผนไทยแต่ละแห่งไม่ไปในทิศทางเดียวกัน ขาดคุณภาพมาตรฐานที่ควรจะเป็น ตรงประเด็นนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า การให้บริการแพทย์แผนไทยควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขตั้งแต่ สถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ และสภาพแวดล้อม บุคลากรการปฏิบัติงาน การให้บริการและการควบคุมคุณภาพการให้บริการ โดยในแต่ละด้านควรกำหนดให้ชัดเจนเป็นรูปธรรมในทางปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา เชียงทอง[9] ได้ศึกษาคุณภาพและการเข้าถึงบริการโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่ได้เสนอให้พัฒนาและปรับปรุงด้านสถานที่ ด้านกำลังคนและด้านอื่น ๆ ให้ได้มาตรฐาน เช่นเดียวกับ สุพิญญา เกิดโล[10] ที่ได้ศึกษาสถานการณ์การให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้เสนอให้พัฒนาคุณภาพการให้บริการแพทย์แผนไทยทุกแห่งทุกระดับอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ควรปรับปรุง แก้ไข ในแต่ละด้านของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ปัจจุบัน ให้มีคุณภาพมาตรฐาน ปลอดภัยและคุ้มค่าสำหรับผู้มารับบริการให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา ได้นำมาวิเคราะห์และอภิปรายผลจนได้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขควรผลักดันการจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยสู่ความเป็นเลิศแบบครบวงจร เป็นนโยบายระดับชาติ

2) กระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดกรอบอัตรากำลังของบุคลากรโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยครอบคลุมทั้งแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพในการดำเนินงาน

3) กระทรวงสาธารณสุข ควรสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอต่อการดำเนินงานและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) ควรเร่งพัฒนาแพทย์แผนไทยให้มีความเชี่ยวชาญในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น

2) ควรเสริมทักษะและสนับสนุนการศึกษาวิจัยทางคลินิกแก่บุคลากรที่ให้บริการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นข้อมูลยืนยันผลการรักษา เป็นที่ยอมรับและเชื่อมั่นงานการแพทย์แผนไทย

3) ควรพัฒนาคลังข้อมูลเชิงวิชาการ เพื่อรองรับระบบบริการแพทย์แผนไทยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.ประพจน์ เภตรากาศ และคณะ . การบูรณาการการแพทย์แผนไทย : สถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2551.

2. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ การบริการการแพทย์แผนไทย 21 มิถุนายน 2545, 2545.

3. ภาณิศา รักความสุข และคณะ. การประเมินผลโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ : บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, 2562.

4. อัจฉรา และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยนำร่อง. กรุงเทพฯ : บริษัทเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, 2559.

5. ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ และคณะ. คู่มือจัดระดับบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ, กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557.

6. สุพิญญา เกิดโถ . การศึกษาสถานการณ์จัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจรในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ปีงบประมาณ 2560. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2561

7. ลือชา วนรัตน์ และคณะ. มาตรฐานการจัดบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การส่งเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2551

8. ยลชัย จงจิระศิริ และคณะ. ประสิทธิผลและความปลอดภัยหัตถการพอกเข่าในการดูแลผู้ป่วยและข้อเข่าเสื่อม. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2566.

9. อัจฉรา เชียงทอง. คุณภาพและการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการบริการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2559.

10. สุพิญญา เกิดโถ .ศึกษาสถานการณ์การให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2563.

การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย จังหวัดมุกดาหาร ปี 2568

Development of a Model for Addressing Anemia among Early Childhood Children in Mukdahan Province

(Received: March 28,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

ธัญพิชชญา ติณณ์ธนหิรัญ[1] ศิรภัสสร มูลสาร[1]
Thanpichchaya Tinthanahiran[1] Sirapatsorn Moonsan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย จังหวัดมุกดาหาร (2) พัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และ (3) ประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ไม่สุ่ม (Non-randomized Control Group Design) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี จำนวน 385 คน และผู้ปกครอง จำนวน 385 คน จาก 7 อำเภอในจังหวัดมุกดาหาร ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบโดยการสังเคราะห์ข้อมูลและการประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 15 คน และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ กลุ่มทดลอง จำนวน 80 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 80 คน ระยะเวลา 6 เดือน

ผลการวิจัยพบว่า อัตราความชุกของภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย จังหวัดมุกดาหาร อยู่ที่ร้อยละ 32.50 โดยพบมากในเด็กอายุ 3 ปี (ร้อยละ 38.20) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ($p<0.01$) การเข้าถึงอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ($p<0.01$) ความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับโภชนาการ ($p<0.05$) และภาวะพยาธิในลำไส้ ($p<0.05$) ภายหลังการใช้รูปแบบเป็นเวลา 6 เดือน กลุ่มทดลองมีระดับฮีโมโกลบินเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.80±0.90 g/dL เป็น 12.10±0.70 g/dL อัตราความชุกของภาวะโลหิตจางลดลงจากร้อยละ 33.80 เป็นร้อยละ 8.80 คะแนนความรู้ของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p<0.001$) ผู้ปกครองและครูมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52

คำสำคัญ: ภาวะโลหิตจาง เด็กปฐมวัย รูปแบบการแก้ไขปัญหา จังหวัดมุกดาหาร

Abstract

The objectives of this research were: (1) to investigate the situation and factors associated with anemia among early childhood children in Mukdahan Province; (2) to develop a context-appropriate model for addressing anemia in early childhood; and (3) to evaluate the effectiveness of the developed model. This study employed quasi-experimental research by non-randomized control group design consisting of three phases. Phase 1 involved a situational analysis and investigation of related factors. The sample comprised 385 early childhood children aged 3–5 years and 385 parents from seven districts in Mukdahan Province. Phase 2 focused on model development through data synthesis and expert group discussions involving 15 experts. Phase 3 involved implementation and evaluation of the developed model with an experimental group of 80 participants and a control group of 80 participants, conducted over a six-month period.

The results indicated that the prevalence of anemia among early childhood children in Mukdahan Province was 32.50%, with the highest prevalence observed among 3-year-old children (38.20%). Statistically significant associated factors included family income ($p < 0.01$), access to iron-rich foods ($p < 0.01$), parental knowledge of nutrition ($p < 0.05$), and intestinal parasitic infection ($p < 0.05$). After six months of

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

implementation,the experimental group demonstrated a significant improvement in mean hemoglobin levels, increasing from 10.80 ± 0.90 g/dL to 12.10 ± 0.70 g/dL. The prevalence of anemia decreased from 33.80% to 8.80%. Parental knowledge scores significantly increased ($p < 0.001$), and children's dietary behaviors improved markedly. Significant differences were found when compared with the control group ($p < 0.001$). Parents and teachers reported a high level of satisfaction with the model ($\bar{x} = 4.45$, S.D. = 0.52).
Keywords: Anemia, Early Childhood, Intervention Model, Mukdahan Province

บทนำ

ภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กปฐมวัยซึ่งอยู่ในช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลก[1]รายงานว่า ทั่วโลกมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีประมาณร้อยละ 40.00 มีภาวะโลหิตจาง โดยส่วนใหญ่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสมอง การเรียนรู้ และระบบภูมิคุ้มกันของเด็ก

ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข[2] รายงานว่า เด็กปฐมวัยมีภาวะโลหิตจางประมาณร้อยละ 25.00-35.00 โดยพบมากในพื้นที่ชนบทและครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่พบปัญหานี้สูงกว่าภูมิภาคอื่น เนื่องจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ รายได้ต่อหัวของประชากรที่ต่ำ การขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การเข้าถึงอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการจำกัด และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และคณะ[3] ที่พบว่าเด็กปฐมวัยในจังหวัดอุบลราชธานีมีภาวะโลหิตจางร้อยละ 28.60 โดยมีความสัมพันธ์กับรายได้ครอบครัวและความรู้ของมารดา

จังหวัดมุกดาหารเป็นหนึ่งในจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีพื้นที่ติดกับแม่น้ำโขงและประเทศเพื่อนบ้าน มีประชากรประมาณ 350,000 คน โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำการเกษตร[4] พบว่า เด็กปฐมวัยในจังหวัดมีภาวะโลหิตจางสูงถึงร้อยละ 30.00-35.00 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ปัญหานี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและศักยภาพในการพัฒนาของเด็กในพื้นที่

การศึกษาของ Kejo et al.[5] ในแทนซาเนีย พบว่า ภาวะโลหิตจางในเด็กมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ อายุของเด็ก ภาวะทุพโภชนาการ และโรคติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของประเทศกำลังพัฒนา แม้ว่าจะมีนโยบายและมาตรการต่างๆ จากภาครัฐในการแก้ไขปัญหาโลหิตจาง เช่น โครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน การแจกจ่ายเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง แต่ปัญหายังคงมีอัตราสูง แสดงให้เห็นว่า มาตรการที่มีอยู่อาจไม่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่หรือยังขาดการบูรณาการที่เป็นระบบ การศึกษาของสุภาพร จันทร์เพ็ญ และคณะ[6] พบว่า การใช้รูปแบบการป้องกันภาวะโลหิตจางโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดอัตราความชุกได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่วิไลวรรณ สุขสม และคณะ[7] ระบุว่า การให้ความรู้ทางโภชนาการแก่ผู้ปกครองเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก

ทฤษฎีระบบนิเวศของ Bronfenbrenner [8] อธิบายว่า พัฒนาการของเด็กได้รับอิทธิพลจากระบบสิ่งแวดล้อมหลายระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน สังคม และวัฒนธรรม การแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็กจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยในทุกระดับและการเชื่อมโยงระหว่างระบบต่างๆ นอกจากนี้ การศึกษาของ Agrawal et al.[9] ในอินเดียพบว่า การใช้โปรแกรมแบบบูรณาการที่ประกอบด้วยการให้เม็ดเสริมธาตุเหล็ก การให้ความรู้ และการถ่ายพยาธิ สามารถลดอัตราความชุกของโลหิตจางได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์ต้นทุนและประโยชน์ของ Horton และ Hoddinott[10] แสดงให้เห็นว่า การลงทุนในโปรแกรมแก้ไขภาวะโลหิตจางในเด็กให้ผลตอบแทนสูง โดยทุก 1 ดอลลาร์ที่ลงทุนจะได้ผลตอบแทน 7-16 ดอลลาร์ จากการเพิ่มผลผลิตทางเศรษฐกิจในอนาคต ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนความสำคัญของการแก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจัง

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดมุกดาหารจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยต้องคำนึงถึงปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย จังหวัดมุกดาหาร

2.เพื่อพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดมุกดาหาร

3.เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ไม่สุ่ม (Non-randomized Control Group Design) วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสานระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจาง ใช้การสังเคราะห์ข้อมูล การทบทวนวรรณกรรม และการประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Focus Group Discussion)

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัจจัย

ประชากร เด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล และโรงเรียนประถมศึกษาในจังหวัดมุกดาหาร จำนวนทั้งสิ้น 8,450 คน[11]

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane[12] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคาดเคลื่อน ±5%

$$n = N / (1 + Ne^2)$$

โดยที่ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร (8,450 คน)

e = ค่าความคาดเคลื่อน (0.05)

$$n = 8,450 / (1 + 8,450 \times 0.05^2)$$

$$n = 8,450 / 22.125$$

$$n = 382 \text{ คน}$$

เพิ่มเผื่อการสูญเสียข้อมูล 10% จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 420 คน แต่จากการเก็บข้อมูลจริงได้กลุ่มตัวอย่างที่สมบูรณ์ จำนวน 385 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มเลือกอำเภอ จากทั้งหมด 7 อำเภอ สุ่มเลือกทั้งหมด เนื่องจากจังหวัดมุกดาหารมีอำเภอไม่มาก จึงเลือกทุกอำเภอเพื่อความครอบคลุม) รวมเป็น 7 อำเภอ

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกสถานศึกษา จากแต่ละอำเภอสุ่มเลือกสถานศึกษา อำเภอละ 3-5 แห่ง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) รวมทั้งสิ้น 32 แห่ง ประกอบด้วย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 18 แห่ง โรงเรียนอนุบาล 8 แห่ง และโรงเรียนประถมศึกษา 6 แห่ง[13]

ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกเด็ก จากแต่ละสถานศึกษา สุ่มเลือกเด็กปฐมวัยโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า

1.เด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี

2.กำลังศึกษาอยู่ในสถานศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

3.มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยเฉียบพลัน

4.ผู้ปกครองยินยอมให้เด็กเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1.เด็กที่มีโรคประจำตัวรุนแรง เช่น โรคเลือด โรคไตเรื้อรัง

2.เด็กที่กำลังได้รับการรักษาภาวะโลหิตจางจากสถานพยาบาล

3.เด็กที่ย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการศึกษา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ

ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 15 คน ประกอบด้วย นักโภชนาการ จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน ครูปฐมวัย จำนวน 4 คน ผู้บริหารสถานศึกษา จำนวน 3 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ

1.มีประสบการณ์ทำงานในสาขาที่เกี่ยวข้องไม่น้อยกว่า 5 ปี

2.มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาโภชนาการในเด็ก

3.มีประสบการณ์ในการทำงานกับเด็กปฐมวัยในจังหวัดมุกดาหาร

4.ยินดีเข้าร่วมการประชุมอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ

กลุ่มทดลอง จำนวน 80 คน (เด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง) จากอำเภอเมืองมุกดาหาร

กลุ่มควบคุม จำนวน 80 คน (เด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง) จากอำเภอดอนตาล

เกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่

1.มีลักษณะทางประชากรศาสตร์และสังคมเศรษฐกิจใกล้เคียงกัน

2.ไม่เคยมีการดำเนินโครงการด้านโภชนาการเด็กที่คล้ายคลึงกัน

3.ผู้บริหารระดับท้องถิ่นและสถานศึกษาให้การสนับสนุน

4.สามารถเข้าถึงได้สะดวกสำหรับการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ในการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัจจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลประชากร ของเด็กและครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมข้อมูลสุขภาพและประวัติการเจ็บป่วย

2. แบบประเมินความรู้ของผู้ปกครอง ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการเด็ก (20 ข้อ) ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง (15 ข้อ) ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง (15 ข้อ)

3. แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความถี่ในการบริโภคอาหารแต่ละประเภท ลักษณะการจัดเตรียมอาหาร ปัญหาและอุปสรรคในการให้อาหารเด็ก

4. แบบบันทึกการตรวจระดับฮีโมโกลบิน ผลการตรวจค่าฮีโมโกลบินโดยใช้เครื่อง HemoCue การแปลผลตามเกณฑ์ WHO

5. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามสำหรับผู้ปกครอง (20 คน) แนวคำถามสำหรับครู (15 คน) แนวคำถามสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (10 คน)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ

1. แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ประกอบด้วย ความเหมาะสมของวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของเนื้อหาและกิจกรรม ความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ความคาดหวังในผลลัพธ์

2. แบบบันทึกการประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย รายงานการประชุมแต่ละครั้ง ข้อเสนอแนะและการปรับปรุง มติที่ได้จากการประชุม

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล

1. แบบประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ของผู้ปกครอง แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก การตรวจระดับฮีโมโกลบิน

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ ประกอบด้วย ด้านประโยชน์ที่ได้รับ ด้านความเหมาะสมกับบริบท ด้านวิธีการนำเสนอ ด้านเนื้อหาและกิจกรรม ด้านความต่อเนื่องของการสนับสนุน

3. แบบสัมภาษณ์หลังการทดลอง ประกอบด้วย ประสบการณ์การเข้าร่วมโครงการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ปัญหาและข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยใช้ดัชนี IOC (Index of Item Objective Congruence) กำหนดเกณฑ์การตัดสินใจที่ค่า IOC ≥ 0.5

2.การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดเกณฑ์ที่ $\alpha \geq 0.7$

3.การทดสอบเครื่องมือการตรวจระดับฮีโมโกลบิน ตรวจสอบความแม่นยำของเครื่อง HemoCue โดยเปรียบเทียบกับผลการตรวจในห้องปฏิบัติการมาตรฐาน จำนวน 50 ตัวอย่าง

การรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 (4 เดือน) การเตรียมการและการฝึกอบรมผู้เก็บข้อมูล ประสานงานกับสถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ฝึกอบรมผู้เก็บข้อมูล จำนวน 12 คน ทดสอบเครื่องมือในพื้นที่จริง การเก็บข้อมูลในพื้นที่ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ตรวจระดับฮีโมโกลบิน สัมภาษณ์เชิงลึก

ระยะที่ 2 (3 เดือน) การวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 1 และทบทวนวรรณกรรม การประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 1-2 ประชุมครั้งที่ 1 นำเสนอผลการศึกษาและร่างรูปแบบเบื้องต้น ประชุมครั้งที่ 2 ปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะ การประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ครั้งที่ 3 และจัดทำรูปแบบฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 3 (6 เดือน) การเตรียมการทดลองใช้รูปแบบ คัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลพื้นฐาน (Pre-test) เตรียมสื่อและอุปกรณ์ การทดลองใช้รูปแบบ ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบในกลุ่มทดลอง ติดตามและประเมินผลระหว่างดำเนินการ (เดือนที่ 2 และ 4) เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ในเดือนที่ 6

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจงข้อมูลและการสร้างตาราง กราฟ

สถิติเชิงอนุมาน Chi-square test สำหรับตัวแปรจัดประเภท Independent t-test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม Paired t-test สำหรับเปรียบเทียบก่อนและหลังในกลุ่มเดียวกัน Logistic regression สำหรับวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ กำหนดที่ $\alpha = 0.05$

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การถอดเทป การเข้ารหัส การจัดหมวดหมู่และการสร้างทีม การตรวจสอบความน่าเชื่อถือโดยผู้วิจัยร่วม

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร เลขที่ 74.0033.2567 ลงวันที่ 5 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย จังหวัดมุกดาหาร

จากการศึกษาเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี จำนวน 385 คน และผู้ปกครอง จำนวน 385 คน จาก 7 อำเภอในจังหวัดมุกดาหาร พบว่า

อัตราความชุกของภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยจังหวัดมุกดาหาร อยู่ที่ร้อยละ 32.5 โดยพบมากในเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 38.2 เด็กชายและหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 50.6 และร้อยละ 49.4 ตามลำดับเด็กส่วนใหญ่ศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 54.5 และมีสถานภาพโภชนาการปกติ ร้อยละ 77.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ($p<0.01$) การเข้าถึงอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ($p<0.01$) ความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับโภชนาการ ($p<0.05$) ภาวะพยาธิในลำไส้ ($p<0.05$)

ผู้ปกครองมีอายุเฉลี่ย 34.5±6.8 ปี มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 45.2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์เส้นความยากจน

2.รูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย

จากการสังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 การทบทวนวรรณกรรม และการประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 15 คน ได้พัฒนารูปแบบที่มีชื่อว่า รูปแบบ 3P-Mukdahan Model ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1.Prevention (การป้องกัน) โดยการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและครู การคัดกรองเด็กเสี่ยงและการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

2.Provision (การจัดหา) โดยการพัฒนาเมนูอาหารท้องถิ่นที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก การแจกจ่ายอาหารเสริม และการสนับสนุนผลิตภัณฑ์เสริมธาตุเหล็กที่เหมาะสม

3.Participation (การมีส่วนร่วม) โดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงเรียน ชุมชน และภาคสาธารณสุข การใช้สื่อสุขภาพในการประชาสัมพันธ์ และการจัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน

3. ผลการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

จากการทดลองใช้รูปแบบกับกลุ่มทดลอง จำนวน 80 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 80 คน เป็นเวลา 6 เดือน พบว่า

ระดับฮีโมโกลบิน กลุ่มทดลองมีระดับฮีโมโกลบินเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.8±0.9 g/dL เป็น 12.1±0.7 g/dL มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p<0.001$)

อัตราความชุกภาวะโลหิตจาง กลุ่มทดลองมีอัตราความชุกของภาวะโลหิตจางลดลงจากร้อยละ 33.8 เป็นร้อยละ 8.8

ความรู้ของผู้ปกครอง ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 13.2 เป็น 24.5 คะแนน เพิ่มขึ้นร้อยละ 85.6 ขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 17.0 ($p<0.001$)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เด็กในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะด้านความถี่การบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ความหลากหลายของอาหาร และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($p<0.001$)

ความพึงพอใจ ผู้ปกครองและครูมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 โดยด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุดคือประโยชน์ที่ได้รับ ค่าเฉลี่ย 4.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54

สรุปและอภิปรายผล

1.สถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย จังหวัดมุกดาหาร

อัตราความชุกของภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยจังหวัดมุกดาหาร ร้อยละ 32.5 สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทย และอยู่ในระดับที่องค์การอนามัยโลกจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความรุนแรงปานกลาง (Moderate Public Health Problem) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขที่พบว่าจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาภาวะโลหิตจางในเด็กสูงกว่าภาคอื่น การที่พบภาวะโลหิตจาง

มากในเด็กอายุ 3 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Allen[14] ที่ระบุว่าเด็กในช่วงวัยนี้มีความต้องการธาตุเหล็กสูงเนื่องจากการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว และมักมีปัญหาการรับประทานอาหารที่ไม่หลากหลาย

2.ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโลหิตจาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ UNICEF [15] เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะทุพโภชนาการแบบหลายปัจจัย (Multi-factorial approach) ดังนี้

รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำมักไม่สามารถจัดหาอาหารที่มีคุณภาพและหลากหลาย โดยเฉพาะอาหารโปรตีนจากสัตว์ที่มีราคาแพง สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล[16]

การเข้าถึงอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เป็นปัจจัยสำคัญ เนื่องจากในจังหวัดมุกดาหารซึ่งเป็นพื้นที่ชนบท ผู้คนมักบริโภคอาหารพื้นฐานที่เป็นข้าวและผักใบเขียว แต่ขาดอาหารโปรตีนจากสัตว์ที่มีธาตุเหล็กที่ดูดซึมได้ดี

ความรู้ของผู้ปกครอง มีผลต่อการเลือกและจัดเตรียมอาหารให้เด็ก ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นว่าความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3.ประสิทธิผลของรูปแบบ 3P-Mukdahan Model

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลสูง ดังเห็นได้จากการเพิ่มขึ้นของระดับฮีโมโกลบินอย่างมีนัยสำคัญ และการลดลงของอัตราความชุกภาวะโลหิตจาง ความสำเร็จนี้เกิดจากหลายปัจจัย

แนวทาง 3P ช่วยให้การดำเนินงานมีความครอบคลุมและต่อเนื่อง โดย Prevention เน้นการป้องกันล่วงหน้า Provision รับประกันการเข้าถึงทรัพยากร และ Participation สร้างความยั่งยืนผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน

การบูรณาการแนวคิดหลายสาขา ทำให้รูปแบบสามารถตอบสนองปัจจัยเสี่ยงได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านโภชนาการ การศึกษา และสาธารณสุข

การปรับให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น เช่น การใช้อาหารพื้นเมือง การใช้ภาษาถิ่น และการทำงานผ่านโครงสร้างชุมชนที่มีอยู่ ช่วยให้รูปแบบมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

4.การเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรม

การที่ความรู้ของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก สะท้อนถึงประสิทธิผลของกลยุทธ์การให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์และการนำไปใช้ในชีวิตจริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.นำรูปแบบ 3P-Mukdahan Model ไปขยายผลใช้ในพื้นที่อื่น โดยจังหวัดหรือภูมิภาคที่มีบริบททางสังคมเศรษฐกิจใกล้เคียงกัน ควรปรับประยุกต์ให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่

2.บูรณาการรูปแบบเข้ากับนโยบายด้านโภชนาการระดับประเทศ เช่น โครงการอาหารกลางวันโรงเรียน และโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลระดับพื้นที่ เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังปัญหาภาวะโลหิตจางได้อย่างต่อเนื่อง

4.จัดสรรงบประมาณสนับสนุน สำหรับการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในเด็กอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1.การพัฒนาบุคลากร ควรจัดอบรมพัฒนาศักยภาพของพยาบาล ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการนำรูปแบบไปใช้

2.การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ ควรพัฒนาสื่อการสอนที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ใช้ภาษาของชุมชน และเทคโนโลยีที่เข้าถึงได้ง่าย

3.การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนของการดำเนินงาน

4.การจัดหาทรัพยากร ควรศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดหาอาหารเสริมและผลิตภัณฑ์เสริมธาตุเหล็กที่มีต้นทุนต่ำและเข้าถึงได้ง่าย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อเนื่อง

1.การศึกษาผลระยะยาว ควรศึกษาติดตามผลการใช้รูปแบบเป็นระยะเวลา 1-2 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืน

2.การศึกษาในพื้นที่อื่น ควรทดลองนำรูปแบบไปใช้ในจังหวัดอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงหรือแตกต่างเพื่อยืนยันประสิทธิผล

3.การศึกษาความคุ้มค่า ควรศึกษาต้นทุนและประโยชน์ของการใช้รูปแบบ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย

4.การพัฒนารูปแบบสำหรับกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น เด็กวัยเรียน หญิงตั้งครรภ์ หรือผู้สูงอายุ

5.การศึกษาปัจจัยเสริมสร้างความสำเร็จ ควรศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการนำรูปแบบไปใช้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Anaemia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Mar 16].
2. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยของประเทศไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565
3. ศริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, และคณะ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2563;46(2):123-134.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติประชากรจังหวัดมุกดาหาร พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565
5. Kejo D, Petrucka P, Martin H, Kimanya M, Mosha T. Prevalence and predictors of anemia among children under five years of age in Tanzania. Int J Pediatr. 2018;2018:1-9
6. สุภาพร จันทร์เพ็ญ, และคณะ. ผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2562;45(1):45-56.
7. วิไลวรรณ สุขสม, และคณะ. ปัจจัยด้านความรู้ทางโภชนาการของผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัย. วารสารโภชนาการ. 2561;53(3):78-89
8. Urie Bronfenbrenner. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1979.
9. Agrawal S, Kim R, Gausman J, Sharma S, Sankar R, Joe W, et al. Socio-economic determinants of anemia among children in India: Evidence from a nationally representative survey. BMJ Open. 2019;9(7):e028409.
10. Horton S, Hoddinott J. Benefits and costs of the food and nutrition targets for the post-2015 development agenda. Copenhagen: Copenhagen Consensus Center; 2016.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. รายงานข้อมูลประชากรเด็กปฐมวัย จังหวัดมุกดาหาร. มุกดาหาร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร; 2565.
12. Taro Yamane. Statistics: An introductory analysis. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1967.
13. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามุกดาหาร. ข้อมูลสถานศึกษาในสังกัด จังหวัดมุกดาหาร. มุกดาหาร: สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามุกดาหาร; 2565
14. Allen LH. Anemia and iron deficiency: Effects on pregnancy outcome. Am J Clin Nutr. 2000;71(5 Suppl):1280S-1284S.
15. UNICEF. The State of the World's Children 2019: Children, food and nutrition. New York: UNICEF; 2019.
16. สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานสถานการณ์โภชนาการเด็กไทย พ.ศ. 2564. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.